UNIVERSITATEA "M. KOGĂLNICEANU" IAŞI

IUS A IUSTITIA

Gheorghe SCRIPCARU
Călin SCRIPCARU

MEDICINĂ LEGALĂ PENTRU JURIŞTI

Fundaţia pentru Cultură şi Ştiinţă "MOLDOVA" Iaşi
Editura "CUGETAREA"
Iaşi 1999

Scanned with OKEN Scanner

GH. SCRIPCARU
C. SCRIPCARU

MEDICINĂ LEGALĂ PENTRU JURIŞTI

Fundaţia pentru Cultură şi Ştiinţă "MOLDOVA" Iaşi
Editura "CUGETAREA" 1 9 9 9

Scanned with OKEN Scanner

Referent ştiinţific: Profr.univ.dr. Grigore THEODORU
Consultant editorial: Prof.univ.dr. George POPA
Coperta: Matran-Dan Florin

1999 - Editura CUGETAREA

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
SCRIPCARU GHEORGHE
SCRIPCARU CĂLIN
Medicină legală pentru juriştI / Gheroghe Scripcaru, Călin Scripcaru, - Iaşi : Cugetarea, 1999
213 p. ; il. ; 21 cm.
Bibliogr.
ISBN 973-98199-4-X

340.6(075.8)

Tehnoredactare computerizată:

Matran-Dan Florin

Scanned with OKEN Scanner

Justificare

Într-o epocă a progreselor ştiinţifice ce cuprind toate domeniile vieţii sociale, distribuirea justiţiei nu se poate exonera de la un atare progres. Este incontestabil că probaţiunea ştiinţifică a constituit un factor de progres în administrarea justiţiei şi implicit un factor de progres social. Dacă justiţia se bazează, în mod imperativ, pe adevăr, atunci adevărul ştiinţific are aptitudinea cea mai mare de a forma convingerea juristului despre adevăr şi a garanta obiectivitatea ştiinţifică a deciziei judiciare.

Din cele mai vechi timpuri, medicina legală a fost pusă şi în slujba mesajelor de adevăr ale justiţiei. De aceea, nu există preocupare judiciară de anchetă, judecată, apărare etc. care să nu beneficieze de aportul probator al medicinei legale. Faptul obligă la adecvarea acestei specialităţi la nevoile instituţiilor judiciare şi ale practicii judiciare, motiv pentru care, un curs de medicină legală pentru jurişti, trebuie să îndeplinească, în mod particular, două condiţii:

- o permanentă adecvare a valorii şi limitelor probaţiunii medico-legale la instituţiile dreptului, ca de exemplu la elementele infracţiunii (obiect, latură obiectivă, subiect, latură subiectivă);
- o subiectivare profesional-judiciară cât mai veridică a aportului pe care medicina legală îl poate aduce în rezolvarea fiecărei situaţii judiciare în parte.

De aici decurge nevoia de a cunoaşte problemele judiciare ce pot fi rezolvate cu ajutorul probelor medico-legale.

Scanned with OKEN Scanner

Din acest motiv, după o experienţă pedagogică îndelungată privind predarea medicinei legale la facultăţile de drept, considerăm că structura didactică a cursului prezent corespunde în modul cel mai fiabil însuşirii problemelor medico-legale de către jurişti, problematică din care excludem insistenţa asupra detaliilor tehnologice medicale ce aparţin expertului medic legist şi pe care acesta le va reda în rapoartele sale de expertiză.

O astfel de abordare va fi în măsură a avea consecinţe pragmatice de creştere a fiabilităţii actului judiciar şi de evitare a riscului de eşec în soluţionarea unor spete prin necunoaşterea problemelor medico-legale specifice lor. Într-un atare demers didactic, considerăm că puntea (filiaţia) dintre ştiinţa dreptului şi ştiinţa medicală o poate realiza numai un atare gen de abordare, fără însă a eluda, pe de o parte, probaţiunea ce decurge firesc din instituţiile judiciare şi pe de altă parte, fără a medicaliza în exces aspectele tehnice ale expertizei medico-legale pentru drept.

Conjuncţiunea ştiinţifică a acestor două nevoi trebuie să o facă, prin excelenţă, competenţa dublă, juridică şi medicală, a unui astfel de curs.

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

Justificare		3
Capitolul I.	MEDICINA LEGALĂ. BAZELE ISTORICE, EPISTEMOLOGICE, SOCIALE ŞI JURIDICE	7
Capitolul II.	DREPTUL ÎN SLUJBA MEDICINEI (DREPTUL MEDICAL)	19
Capitolul III.	PROBLEMELE MEDICO-LEGALE GENERALE ALE EXPERTIZEI PE CADAVRU	37
Capitolul IV.	MEDICINA LEGALĂ A TRAUMATISMELOR CRANIO-CEREBRALE PRIN LOVIRE	61
Capitolul V.	MEDICINA LEGALĂ A LEZIUNILOR PRIN ARME ALBE	72
Capitolul VI.	MEDICINA LEGALĂ A ACCIDENTELOR PRIN TRAFIC	81
Capitolul VII.	MEDICINA LEGALĂ A ÎMPUŞCĂRII	93
Capitolul VIII.	MEDICINA LEGALĂ A ASFIXIILOR MECANICE	103
Capitolul IX.	AGRESIUNI PRIN AGENȚI FIZICI (CĂLDURĂ, FRIG, CURENT ELECTRIC TEHNIC ŞI ATMOSFERIC)	113
Capitolul X.	MOARTEA PRIN AGENȚI CHIMICI ŞI BIOLOGICI	120
Capitolul XI.	TOXICOMANIA, PROBLEMĂ A MEDIULUI UMAN	124
Capitolul XII.	PRUNCUCIDEREA SUB ASPECTUL PROBAȚIUNII MEDICO-LEGALE	130
Capitolul XIII.	AVORTUL ŞI PROBAȚIUNEA SA MEDICO-LEGALĂ	137
Capitolul XIV.	EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A VĂTĂMĂRILOR CORPORALE	143

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XV.	CONSIDERAȚII DE CRIMINOLOGIE CLINICĂ PRIVIND VIOLUL	150
Capitolul XVI.	PROBAȚIUNEA INFRACȚIUNILOR DIN DOMENIUL SEXUALITĂȚII	166
Capitolul XVII.	MEDICINA LEGALĂ ŞI DREPTUL FAMILIEI	181
Capitolul XVIII.	EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ	194
Bibliografie		210

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul I

MEDICINA LEGALĂ. BAZELE ISTORICE, EPISTEMOLOGICE, SOCIALE ŞI JURIDICE

Medicina legală este ştiința medicală ce îşi pune cunoştințele în slujba dreptului şi prin drept în slujba ordinei sociale.

Medicina legală a evoluat în **decursul timpului** în raport de două fenomene:

① În raport de evoluția dreptului reflectată prin trecerea, de exemplu, de la ordalii şi probe formale către probe ştiințifice. Dacă în perioada probelor formale din evul mediu, probele erau tarifate prin lege în ceea ce priveşte valoarea lor (de exemplu recunoaşterea faptei era considerată regina probei şi pentru a o obține se recurgea la tortură, motiv pentru care, E. Ferri aprecia că rezistența individului la recunoaştere depindea de rezistența lui fizică) o dată cu principiile de drept elaborate de C. Beccaria (de altfel prevăzute încă în dreptul canonic când Sf. Pavel spunea că "unde nu e lege nu este nici încălcare de lege" şi în dreptul roman unde se stipula că acolo unde nu există lege nu există nici pedeapsă) se dă juristului libertatea de a evalua valoarea probelor în raport de forța lor probantă, astfel că astăzi, apelul la probe, inclusiv ştiințifice, este neîngrădit prin lege, totul trebuind să concure la formarea convingerii intime în luarea unei decizii judiciare. În acest cadru juridic, proba medico-legală a fost din ce în ce mai intens solicitată, astfel că, astăzi, s-a ajuns la constatarea silogistică după care:

- justiția se bazează pe adevăr;
- proba cu coeficientul maxim de adevăr este proba ştiințifică;

deci justiția se bazează pe probe ştiințifice.

Probele ştiințifice garantează deci la maximum adevărul judiciar, de unde şi apelul nelimitat la acest tip de probe, mai ales în probleme judiciare privind viața şi sănătatea omului dar şi ori de câte ori omul devine subiect al unui raport juridic.

Scanned with OKEN Scanner

② În raport de evoluția științelor medicale și a descoperirilor din medicină care au mers, de exemplu, de la simpla constatare a unei plăgi ca fiind mortală (din cele 22 plăgi de pe corpul lui Cezar s-a spus că doar una era letală, cea dintre coasta 1 - 2ª) până la identificarea absolută a unei persoane prin stabilirea codului său genetic (amprenta genetică).

În această evoluție, prevederi medico-legale găsim începând din codul Hamurabi, în Digestele lui Justinian etc., până în legislațiile moderne de astăzi.

Momente deosebite în această evoluție sunt:

- Culegerea de probe medico-legale din China din 1200 intitulată "Cum se spală nedreptatea";
- activitatea lui Paul Zachias și Ambroise Paré din epoca Renașterii care au considerat bolnavul mintal stăpânit de o suferință biologică și nu de demoni și prin care s-a afirmat că "judecătorul judecă după ceea ce probele medico-legale oferă";
- până la înființarea modernă a Asociației Internaționale de Științe Forensice (științe juridice) care se ocupă de preluarea juridică, cu valoare de adevăr științific, a descoperirilor științifice și astfel de aplicarea lor în administrarea justiției.

Ca o consecință a acestei evoluții, medicina legală s-a aliat justiției în lupta cu infracțiunea, cu obtuzia, viciul și ignoranța și alături de alte probe științifice și-a adus aportul la promovarea și realizarea ideii de dreptate și prin aceasta, la progresul social. Dreptatea este și un sentiment specific uman încorporat în instituții sociale și de drept, precum și prima virtute a acestor instituții, virtute care, așa cum spunea Hegel, se apropie de absolut și devine astfel ceva sfânt.

Astfel, medicina legală a devenit, un important factor de progres social care a confirmat adevărul biblic după care "nu este nimic acoperit care să nu fie descoperit, nimic tăinuit ce să nu poată fi cunoscut și care să nu vină la lumină" și a înlăturat mitul crimei perfecte. Un exemplu este edificator: în evul mediu, crimele cu arsenic erau dintre cele mai frecvente, de unde și denumirea de pudră a succesiunii, datorită nesesizării toxicului în alimente, confuziei simptomelor cu multe alte boli și deci cu o moarte patologică, precum și lipsei metodelor de identificare a toxicului în alimente sau cadavre. Odată cu descoperirea metodei de evidențiere a arsenicului în organe de către Marsch în 1840, crimele cu arsenic au scăzut brusc, astfel că astăzi, sunt o raritate. Știința a fost deci o cale eficace de luptă cu infracțiunea și astfel de progres a ordinei sociale și statului de drept.

Astăzi, medicina are următoarele tendințe evolutive:

- de devansare permanentă a incriminărilor, desincriminărilor și a formulării cât mai științifice a instituțiilor judiciare, în deosebi penale, fapt reliefat și prin aceea că progresul științific trebuie făcut util pentru om (trebuie să i se dea

Scanned with OKEN Scanner

semnificație umană şi prin intermediul normelor de drept, alături de cele etice). Rolul bioeticii în acest proces este din ce în ce mai afirmat astăzi. În acest sens, cultura bioetică şi medico-legală a juristului este o condiție sine qua non în administrarea justiției;

➢ constituirea activității medico-legale într-un corp de probe cu valoare științifică, într-o știință a expertizei (expertologie) ca activitate auxiliară a justiției, dintre cele mai importante şi utile şi cu aptitudinea de a evita riscul erorilor judiciare şi al căderii în nondrept.

Prin expertologie, distribuirea justiției capătă valențe științifice şi devine de neînlăturat. Expertologia este deci știința ce utilizează cele mai adecvate metode de rigoare științifică pentru a stabili adevărul, motiv pentru care, cei ce lucrează în acest domeniu, experții, trebuie să fie specialiştii şi cercetătorii cu cea mai amplă informare, cu o mare sensibilitate pentru adevăr şi cu o acută priză de conştiință a gravității deciziilor ce le elaborează.

- tendința de hiperspecializare şi de activitate de echipă în activitatea de expertologie medico-legală impusă fie de complexitatea situațiilor probatorii (de exemplu o evaluare corectă a unui comportament deviant la un minor cere participarea medicului legist, a sociologului şi pedagogului) fie de lege (expertiza psihiatrică, de filiație etc.).

Precizia științifică se extinde astăzi la toate activitățile umane şi prin excelență la justiție având în vedere gravitatea socială şi umană a deciziilor sale şi acest fapt cuprinde şi progresul științific în expertologia medico-legală ce poate oferi evidențe de certitudine prin dozarea toxicului într-un fir de păr, a alcoolemiei într-o picătură de sânge, a sexului dintr-un rest tisular etc.

În acest proces evolutiv, logica cercetării științifice (epistemologia) transformă expertologia medico-legală într-o știință a adevărului.

Medicina legală trebuie astfel să dovedească științific orice afirmație şi acest lucru implică argumentare prin criterii științifice (numai criteriologia disciplinează înclinația firească de a stabili un lucru pe bază de intuiție şi fler) astfel că valoarea de adevăr a unei aserțiuni să fie incontestabilă. Din acest punct de vedere nu există experți celebri sau slabi ci experți care argumentează științific sau care nu argumenetează.

Efortul epistemic al expertologiei medico-legale este acela de a face concordante constatările sale științifice cu modul cum s-a petrecut un lucru, prin paradigma clasică a lui *adequatio rei intelectus* (a adecvării intelectului, adică a raționamentelor noastre științifice la realitatea lucrului petrecut). Pentru aceasta ea epuizează criteriile științifice ce pot dovedi un fapt oarecare. De exemplu, acuza întreruperii cursului sarcinii printr-un traumatism devine certă dacă se întrunesc următoarele criterii: existența sarcinii, existența avortului, realitatea traumatismului, intensitatea traumatismului, concordanța de sediu şi filiația de simptome între lovire şi avort. Tot astfel, în fața oricărui fapt antisocial, nu

Scanned with OKEN Scanner

trebuie eludat nici unul din itemii lui Mario Bunge dacă dorim să stabilim realitatea faptului petrecut. De exemplu, într-o moarte violentă, pentru a face "cadavrul să vorbească" nu vom pierde din vedere a ne întreba ce s-a întâmplat (prin ce mecanism), prin ce s-a produs (prin ce obiect), când s-a produs (data morții), de ce s-a produs (motivația actului), unde s-a produs (evaluarea eventualelor reacții supravitale), de cine s-a produs (care este autorul faptei) și uneori și cui s-a produs această faptă (identificarea victimei).

Raportat la o anumită instituție penală (infracțiune) eistemologia obligă a dovedi elementele sale:

- obiectul juridic special (pierderea vieții, prejudicierea sănătății, a integrității psihice ori fizice) ce dă viață obiectului juridic general (de încălcare a relației sociale ce protejează dreptul la viață ori sănătate);
- subiectul activ al infracțiunii (identificarea autorului și stării sale mintale) ca și a subiectului pasiv (al victimei);
- a laturii obiective ca mod de realizare a infracțiunii prin acțiune (comisiv), inacțiune (omisiv), a mijloacelor utilizate, a urmărilor imediate sau tardive, a legăturii de cauzalitate, de exemplu între leziune și moarte etc.;
- a laturii subiective ce implică evaluarea expertală a poziției psihice a autorului față de fapta sa ca fiind intenționată, din culpă, preterintenționată, a mobilului, etc.

Epistemologia medico-legală obligă astfel:

- a dovedi științific orice afirmație;
- a accepta ideile și probele științifice doar prin puterea lor de argumentare și nu prin autoritatea expertului;
- a elabora paradigme cu valoare predictivă privind evoluția unor probe sau fapte sociale;
- a da pertinență (a fi la obiect) și concludentă (a oferi soluția cauzei) oricărei afirmații științifice și probe medico-legale, mergând până acolo încât un fapt negativ să nu poată dovedi un fapt pozitiv sau o recunoaștere să nu fie niciodată valabilă *per se* fără a fi confirmată (dovedită) de alte probe.

Scopul epistemologiei medico-legale este de a da viață probelor judiciare ce au ca scop înlăturarea oricărei îndoieli privind realitatea unui fapt (expertiza are un rol propedeutic, de scoatere în evienţă a valorii unui fapt științific ca mijloc de probă) și astfel de a forma convingerea judecătorului ca fiind bazată numai pe adevăr (pe adevărul științific) și pe conștiința sa juridică.

Într-un demers epistemologic adevărul medico-legal va fi, *per a contrario*, alterat ori de câte ori:

- expertul va da obiectului investigat și realității sale o imagine conformă cu sentimentele sale;
- se va lăsa sedus de intuiție în loc de a cerceta cu acuratețe faptul petrecut;

Scanned with OKEN Scanner

- va luneca mai facil spre ceea ce se confirmă în loc de a ține cont de ceea ce se critică;
- - a pleca într-o cercetare cu convingeri preconcepute în locul îndoielii rezonabile;
- - a transforma omul într-un obiect de comunicare în loc ca aceasta să rămână, pentru medic dar şi pentru jurist, un subiect al comunicării.

Din aceste deziderate epistemologice decurg câteva principii de lucru şi particularități de gândire în activitatea expertală medico-legală:

- contactul permanent al expertului cu faptele de analizat. Numai contactul permanent cu faptele de analizat disciplinează intuiția şi flerul expertului şi dă astfel o valoare euristică muncii sale;
- interpretarea faptelor expertizate în raport de principiile instituțiilor de drept;
- menținerea climatului de lucru etico-psihologic medical în relația cu justițiabilul şi bolnavul;
- priza de conştiință a faptului că o nedreptate sau eroare expertală pentru unul poate deveni o amenințare pentru toți;
- respectul competenței specifice medicale şi neimixtiunea în competența juristului, misiunea expertului fiind de a înțelege şi nu de a judeca. Deci respectul absolut a drepturilor inalienabile ale persoanei umane, a demnității sale şi a vieții sale intime (drept la informare, consimțământ, confidență etc.).

De aici decurg câteva trăsături ale medicinei legale:

- ca fiind o ştiință a adevărului cât timp adevărul este o calitate principală a sistemelor de gândire a expertului, şi cât timp ea răspunde criteriilor actuale de definire a ştiințelor (obiect propriu de investigație, metode proprii etc.)
- ca specialitate a exactității ştiințifice şi
- ca profesiune ce slujeşte doar adevărul, acest respect pentru adevăr fiind singura etică a ştiinței.

Medicina legală este o activitate cu o largă **bază socială**, sarcina sa ca auxiliar al justiției fiind aceea de a contribui la progresul relațiilor sociale. În lupta ei pe cale ştiințifică cu violența, obtuzia şi ignoranța, medicina legală este o revanşă pe care ştiința o dă unor atare nonvalori, în lupta sa pentru afirmarea valorilor de bine, adevăr şi frumos. Prin ineditul activității sale medicina este o cale proprie de stimulare permanentă a inteligenței şi curiozității ştiințifice în efortul său de "îngrădire a răutății reciproce" cum spunea Eminescu şi prin administrarea corectă a justiției, grație unor expertize competente şi oneste, de a contribui, în final, la progresul relațiilor sociale.

Din acest punct de vedere, medicina legală nu e compatibilă cu diletantismul (cunoaşterea superficială a faptelor), cu rutina şi neinformarea (ce aduce patologia stagnării profesionale), cu înțelegerea mesajelor sale cu o simplă slujbă (şi nu ca o vocație), cu orgoliul (ce se opune profesiunii de credința asupra limitelor proprii în cunoaştere). Dimpotrivă, competența ca primă formă de

Scanned with OKEN Scanner

onesitate umană şi profesională şi conştiinciozitatea expertului trebuie să fie căile de transformare a unor servituţi profesionale într-o operă de promovare a adevărului, ca cea mai autentică vocaţie uman-profesională de permanentizare şi metadeschidere către perenitatea valorilor umane. Dintotdeauna, ceea ce expertul a pierdut din grandoarea directă a relaţiilor cu bolnavul, a câştigat prin gravitatea şi echitatea verdictelor sale, relaţia directă medic-bolnav devenind o relaţie mediată de justiţie şi societate (relaţie medic-bolnav-societate).

Medicina legală ne ajută astfel să înţelegem şi să subiectivăm mai bine relaţia dintre violenţă - agresivitate, dintre etologie, ca ştiinţă a comportamentului şi cultură, drept cale specific umană de inhibiţie a lor. Dacă agresivitatea este o stare biologică cu consecinţe sociale, violenţa devine o stare socială cu consecinţe secundar biologice, raportul dintre agresivitate şi cultură relevând că dacă răul este consecinţa unor impulsuri obscure, deseori moştenite, pe care nu totdeauna le putem controla, binele, în schimb este o achiziţie culturală specific umană, deoarece omul şi numai el pe scara evolutivă este o fiinţă culturală. Agresivitatea a jucat un rol important în realizarea instinctului de conservare al speciei (protecţia descendenţilor, delimitarea teritoriului, selectarea pentru reproducere). Sociabilitatea poate contrabalansa impulsurile agresive cât timp acest potenţial de întrajutorare şi bunătate ne-a fost dat tot de natură (fiind cunoscute rădăcinile etologice ale moralei cum ar fi: mila, supunerea, instinctul gregar etc.). Încrederea originară interumană devine astfel premiza atitudinilor sociale pozitive ce condiţionează capacitatea omului de identificare cu grupul în diferite situaţii sociale. Altfel spus, Cain nu conduce lumea chiar dacă istoria omenirii, cum spunea Szondi, ne relevă o zi de pace la 5 zile de violenţă. Chiar dacă am admite că ne naştem cu o "tendinţă Cain" (cum ar spune Lorenz) şi deci omul ar fi înclinat către agresivitate, acesta, prin raţiune şi cultură, prin sublimarea instinctului agresiv în acte creatoare şi luptă pentru performanţe, poate înfrânge atari impulsuri distructive. De altfel, Th. Hobbes afirma că omul este fiară pentru celălalt om şi numai o autoritate absolută poate inhiba atari porniri distructive şi în mod polar J.J. Rousseau susţinea că omul e bun de la natură şi civilizaţia l-a corupt şi l-a făcut agresiv. Unde se află adevărul faţă de aceste atitudini polare, mai ales astăzi când dominaţia unei societăţi anonime ridică serioase probleme de identificare umană, prin aceea că:

- nu suntem încă suficient de dotaţi afectiv pentru a trece de la un grup individualizat (ex. familia) la o societate anonimă, fapt ce face ca pornirile etologice faţă de străini să fie mai puţin inhibate (prin necunoaşterea semenilor îşi explica Lorenz creşterea agresivităţii urbane);
- apoi, consecinţele dezvoltării tehnologice fac ca atitudinile faţă de tradiţii şi cultură, ce aduc scepticismul faţă de ele, să amplifice conflictele dintre generaţii şi în sfârşit,

Scanned with OKEN Scanner

- suprapopulația să determine acea presiune asupra individului care îl depărtează de natură iar acest fenomen să fie perceput ca o deprivare şi implicit ca o frustrare ce creşte agresivitatea (o abolire a sentimentului de pietate față de natură, de care vorbea K. Papper).

În fața acestor fenomene, ieşirea şi realizarea păcii interumane se află în relațiile primare precoce dintre părinți şi copii, în deosebi dintre mamă şi copil, care este nucleul în jurul căruia, sub aspect etologic, s-a cristalizat viața socială. De aceaste relații primare depinde aptitudinea viitorului adult de a se simți obligat social. Nu cerea Huxley la O.N.U. să i se dea mame bune pentru a schimba lumea? Cine nu şi-a dezvoltat legătura cu familia nu va dezvolta nici un fel de dragoste pentru viața socială, cât timp, comunitatea umană se bazează pe dragoste şi încredere şi ambele au origine în familie. Un copil ce nu a trecut prin această fază, ce nu a fost dorit şi a fost abandonat, se va identifica dificil cu grupul social şi aici rezidă nex-ul creşterii delincvenței asupra căreia vom reveni. Astfel, cum spunea Merton, un individ va deveni străin de societatea care îi permite în principiu ceea ce îi refuză în realitate şi această anomie socială îi va amplifica trăsăturile anomice (de insensibilitate şi egofilie) a personalității sale.

În ceea ce priveşte **bazele juridice** ale expertizei medico-legale, acestea sunt incluse în codul de procedură penală şi în decretul 446/1966 de organizare a activitătii medico-legale.

Constatările şi expertizele medico-legale sunt mijloace de probă ce permit:

- constatarea unui fapt;
- identificarea unui autor;
- cunoaşterea împrejurărilor unei cauze penale.

Altfel spus, ele sunt nişte elemente de fapt constatate ştiințific (nişte purtători de informație) ce atestă existența unui fapt penal, autorul ei şi circumstanțele în care fapta s-a săvârşit. Aceste mijloace de probă prevăzute de lege (constatarea şi expertiza medico-legală prevăzute de art. 64 c.p.p.) se corelează fidel cu principiul libertății probelor şi a liberei aprecieri a lor, deşi, unii autori (Volonciu) susțin că este proba ce trebuie motivată în caz de respingere, fără ca aceasta să însemne o încălcare a principiului liberei administrări a probelor, ci doar o justificare de refuz în fața autorității ei ştiințifice. Considerăm că şi în afara unei astfel de motivări, valoarea expertizelor ştiințifice medico-legale contribuie efectiv la formarea convingerii univoce a juristului iar motivarea corectă şi exhaustivă a deciziei (sentinței) judiciare, poate suplea în mod adecvat această lipsă care, altfel, ar putea induce sentimentul unor noi tarifări a probelor funcție de valoarea lor epistemică.

Probele medico-legale pot fi imediate (constatarea medico-legală) şi mediate (expertiza medico-legală) şi ele se epuizează prin rezoluții judiciare ce includ problemele medico-legale (expertale) de rezolvat, de care depinde

Scanned with OKEN Scanner

pertinența și concludența lor, drept căi și mijloace ce conduc spre adevăr și care trebuie cunoscute de către jurist și care este rațiunea învățământului medico-legal pentru juriști. Astfel dacă juristul știe că prezumțiile absolute nu se probează (faptul invocat de a nu se cunoaște legea sau că sub 14 ani un minor nu are discernământ), tot astfel el trebuie să cunoască problemele de rezolvat în fiecare caz în parte, sarcina rezolvării lor revenind expertului. De aici decurge obligativitatea solicitării rezolvării problemelor medico-legale numai în baza cunoașterii versiunilor (ipotezelor) de anchetă, probleme general-valabile pentru moartea violentă dar și specifice pentru fiecare tip de moarte violentă sau de vătămare corporală. O astfel de rezoluție (ordonanță sau încheiere) va include obiectul expertizei (expertiză pe cadavru, persoană sau psihiatrico-legală) cât mai ales întrebările medico-legale ce le ridică precum și termenul de efectuare.

Constatările medico-legale (art. 114-115 c.p.p.) sunt acte medico-legale efectuate cu caracter de urgență, de regulă în faza de urmărire și anchetă penală și care dau concluzii, printr-o procedură expertală și legală simplificată, asupra felului morții (violentă sau patologică), cauzei morții, explicării unor leziuni pe corpul unui suspect etc. în scopul de a declanșa procedura judiciară sau de a clasa o suspiciune.

Expertizele medico-legale ca și cele psihiatrico-legale (art. 117 c.p.p.) sunt acte ce includ și rezultatul unor explorări complimentare (ex. efectuarea unei dozări de alcool, a unor alte explorări de laborator etc.) și care, de această dată, oferă concluzii definitive asupra cazului. Ele sunt obligatorii în moarte violentă, agresiuni sexuale, iar cele psihiatrice în omor deosebit de grav, pruncucidere, suspendare a executării pedepsei sau ori de câte ori juristul are dubii asupra sănătății mintale a unei persoane.

Caracterul oficial al expertizei medico-legale predomină în penal (art. 118 c.p.p.), unde vizează nevoia univocă a stabilirii adevărului cu ajutorul tuturor factorilor interesați și competenți, față de cele amiabile ce predomină în civil. În penal solicitarea probei de către părți trebuie aprobată de instanță. Expertizele se pot completa cu suplimente de expertiză sau de contraexpertize, între expertizele oficiale și cele cerute de părți putându-se situa expertizele ce satisfac principiul contradictorialității și care trebuie cunoscute de părți pentru a realiza, ceea ce în unele jurisdicții de drept comparat se numește "bătălia experților".

Juristul ce solicită o expertiză dar și expertul solicitat trebuie să respecte incompatibilitățile expertale (art. 54, c.p.p.), în art. 123 c.p.p. fiind prevăzută și structura unui raport de expertiză: parte introductivă (în care se include obiectul expertizei și problemele de rezolvat solicitate și din care se deduce competența medico-legală a juristului), parte descriptivă și concluziile care sunt răspunsuri științifice la problemele solicitate a fi rezolvate. Deci de cunoașterea și epuizarea rezolvării acestor probleme solicitate de jurist depinde calitatea unei expertize.

Scanned with OKEN Scanner

Sectorul de asistență medico-legală este subordonat Ministerului Sănătății şi în conformitate cu decretul 446/966 şi cu noua lege care se află în Parlament are trei atribuții:

⇒ a oferi mijloace de probă organelor judiciare şi de stat;

⇒ a asigura progresul cercetării ştiințifice medico-legale şi deci a probațiunii medico-legale şi

⇒ a contribui la creşterea calității actului medical prin sesizarea şi rezolvarea unor situații litigioase de practică medicală.

Aceste sarcini sunt rezolvate de instituții medico-legale precum Cabinetele medico-legale din oraşe nereşedință de județ, Serviciile medico-legale din oraşele reşedință de județ, Institutele medico-legale cu competență teritorială centrată pe centrele universitare şi Institutul Național de medicină legală cu competență pe toată țara.

Fiecare din aceste instituții au o competență legală proprie astfel:

⇒ Cabinetele medico-legale nu pot efectua expertize în caz de omor, responsabilitate medicală, expertize psihiatrice etc.;

⇒ Serviciile medico-legale pot efectua, de asemenea, expertize la cererea organelor de justiție sau a persoanelor şi pot efectua noi expertize în cazul celor efectuate de Cabinete. Medicul legist şef al unui serviciu controlează activitatea subalternilor, formează comisii de expertiză pentru suspendarea executării pedepsei, pentru examinările psihiatrico-legale şi pentru cazurile de responsabilitate medicală, solicită Institutele medico-legale pentru cazurile ce îi depăşesc competența şi face personal expertizele în caz de omor, leziuni cauzatoare de moarte şi responsabilitate medicală.

⇒ Institutele medico-legale efectuează noi expertize în materie de omor, leziuni cauzatoare de moarte, moarte suspectă, deficiențe în asistența medicală şi examinări psihiatrico-legale şi de asemenea, efectuează toate exploatările complimentare ce depăşesc posibilitățile serviciilor medico-legale.

Tot institutele controlează şi avizează în mod obligatoriu actele efectuate de serviciile medico-legale în caz de crimă, leziuni cauzatoare de moarte etc. sau ori de câte ori juristul o cere şi aceeaşi competență, la nivel național, o are şi Institutul Național de Medicină legală.

După decretul 446/966 şi regulamentul său de aplicare, expertiza medico-legală este obligatorie în caz de moarte violentă (omor, sinucidere, accident), tentativă de omor, îndoieli privind starea psihică a unei persoane, viol etc., iar noile expertize se efectuează în mod obligatoriu în comisie, cu medici de grade ştiințifice cel puțin egale cu cei ce au efectuat prima expertiză şi se avizează în mod obligatoriu de Institutele medico-legale.

Decretul enumeră mai multe tipuri de expertize:

Expertizele pe cadavru constau în autopsia cadavrului, exhumarea şi autopsierea sau reautopsierea sa, examenul la locul faptei şi în examene

Scanned with OKEN Scanner

complimentare impuse de cauza morții. Adunarea parlamentară a Consiliului Europei obligă la armonizarea regulelor în materie de autopsie. Autopsia este obligatorie:

- în caz de moarte violentă (crimă, sinucidere şi accident);
- în caz de moarte de cauză necunoscută (moarte suspectă);
- în caz de moarte neaşteptată (de regulă moarte subită);
- în caz de moarte în instituții publice şi private;
- în morțile produse pe stradă;
- în morțile puse pe seama unor deficiențe medicale;
- la cadavrele cu identitate necunoscută;
- la cei decedați în primele 24 ore de la internarea în spital, la cererea directorului spitalului.

În toate aceste cazuri autopsia se efec tuează numai în baza ordonanței judiciare iar exhumarea se face numai la cererea procurorului.

Decretul şi regulamentul său de aplicare include şi unele reguli tehnice privind expertiza pe cadavru cum ar fi obligativitatea autopsiei complete, obligativitatea unor examene complimentare cum ar fi grupa de sânge sau determinarea acoolului, identificarea medico-legală în cazul cadavrelor necunoscute. Legea sanitară 3/78 obligă şi pe medicul de medicină generală a nu elibera un certificat de deces fără efectuarea unui examen extern al cadavrului iar pe oricine efectuează o autopsie anatomo-clinică şi pe parcurs constată că este o moarte violentă, a se opri şi a anunța organele în drept pentru continuarea autopsiei de către un medic legist.

Expertizele pe persoană includ de asemenea examinări clinice şi explorări complimentare şi ele se fac în caz de stabilire a vârstei, infracțiuni sexuale, sarcină ori avort, boli după traumatisme, filiație etc.

Expertiza psihiatrico-legală se face prin internare, prin cunoaşterea dosarului (modului de săvârşire a faptei) şi investigații complementare şi are drept scop a stabili legătura cauzală a bolii mintale cu fapta comisă (beneficiul îndoielii profitând de regulă acuzatului), mergând până la "preponderența probei" când, mai ales în dreptul familiei şi în dreptul civil trebuie evaluat dacă dovezile părții adverse sunt sau nu mai credibile.

După normele de organizare expertală, sunt obligatorii de efectuat în comisia de experți expertizele psihiatrico-legale, cazurile de responsabilitate medicală şi expertizele de filiație (mai ales de paternitate) şi normele obligă ca la examinările ginecologice să asiste o persoană de sex feminin, la examinarea deținuților o persoană din personalul de pază, precum şi părinții la examinarea minorilor.

În sfârşit, normele legale prevăd şi efectuarea de expertize pe bază de lucrări (de acte medicale) atunci când obiectul expertizei nu permite aceasta (bolnavul s-a vindecat) dar acest gen de expertize trebuie redus la situațiile strict

Scanned with OKEN Scanner

necesare având în vedere faptul că răspunderea este personală şi expertul răspunde pentru ceea ce el execută în mod propriu.

Normele prevăd şi situaţiile în care expertizele se pot efectua la cererea persoanelor şi anume în constatarea de leziuni traumatice, infirmităţi şi incapacităţi de muncă, a virginităţii, deflorării sau sarcinei, a stabilirii vârstei şi dezvoltări fizice, ca şi expertize privind starea mintală dar numai pentru acte de vânzare-cumpărare, donaţie, căsătorie, testamente etc.

Regulamentul de aplicare al Decretului 446/1966 enumeră şi tipurile de acte medico-legale şi anume:

- Raportul medico-legal de autopsie sau de examinare a unei persoane, dar numai la cererea oficială;
- Certificatul medico-legal în examinările la cererea persoanelor.

De asemenea, normele includ şi modul de alcătuire a acestor acte, părţile lor, precum introducerea, partea descriptivă şi partea finală (concluziile).

Nu se poate încheia prezentarea succintă a acestor norme organizatorice fără a nu aminti de drepturile şi obligaţiile expertului şi anume:

- dreptul de a se recuza în cazuri similare judecătorilor;
- dreptul de a cere şi a i se pune la dispoziţie dosarul cauzei ce se cere a fi examinată;dreptul de a păstra secretul lucrărilor medico-legale;
- dreptul de a răspunde, din proprie iniţiativă, unor probleme ivite pe parcurs şi care nu au fost incluse ca întrebări în ordonanţa de expertiză;
- obligaţia de a-şi motiva opinia contrară într-o expertiză în echipă;
- obligaţia de a efectua expertize în termenul solicitat;
- obligaţia de a face examinări complete, având răspundere în cazul compromiterii unei spete prin lipsa acestor explorări;
- obligaţia de a nu etala un comportament histrionic (ostentativ) şi a avea contenţia etică faţă de succesele profesionale, a înlocui astfel datoria sa etică cu morala aspiraţiei profesionale şi umane,în condiţiile umanismului ştiinţific contemporan, în care, cum spunea Bacon, ştiinţa este putere.

De lege ferenda (aşa cum s-a exprimat în noul proiect de organizare a asistenţei medico-legale) se accentuează condiţiile de independenţă a expertului care îşi exercită autoritatea sa înafara tendinţelor de apărare sau acuzare, de vinovăţie sau inocenţă. De asemenea, în proiect se afirmă principiul contradictorialităţii expertale, precum şi dreptul părţilor de a-şi alege expertul de pe o listă oficială de experţi din evidenţa organelor judiciare.

Scanned with OKEN Scanner

Versantele activității medico-legale

Cele două activități (versante) majore ale activității expertale medico-legale includ:

① Dreptul medical, adică modul cum spiritul normelor juridice reglementează activitatea de asistență medicală (răspunderea medicală) şi

② Medicina legală propriu-zisă adică modul cum medicina, prin cunoştințele sale, slujeşte probațiunea judiciară. Medicina legală include două mari preocupări şi anume: morfopatologia medico-legală (constatarea şi expertiza medico-legală pe cadavru) şi clinica medico-legală (expertiza persoanei).

Nicăieri mai mult decât în evaluarea răspunderii medicale (a dreptului medical) nu se manifestă mai pregnant caracterul de graniță al medicinei legale care trebuie să coreleze două modalități epistemice de gândire: cel concret al faptului medical (nu există boli ci bolnavi) cu cel abstract, al principiilor şi prevederilor legale (general valabile, indiferent de ocupație).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul II

DREPTUL ÎN SLUJBA MEDICINEI (DREPTUL MEDICAL)

Evoluția responsabilității medicale în societatea contemporană

Din totdeauna, dar mai ales astăzi când puterile medicinei asupra naturii umane s-au multiplicat, responsabilitatea constituie onoarea profesiunii medicale, ea fiind prețul libertății tehnice a medicului şi garanția calității actului profesional. În lumea contemporană, responsabilitatea exprimă asumarea consecințelor actelor proprii de comportament profesional, responsabilitate ce conferă garanția propriei competențe şi ca urmare, a deciziilor luate în interesul bolnavului şi societății. În unele țări civilizate şi tehnicizate se constată că astăzi un medic din doi riscă a asista la punerea în discuție a responsabilității sale cel puțin odată în decursul vieții profesionale.

În consecință, evoluția medicinei contemporane ne pune în fața a două tendințe atinomice.

Pe de o parte, **tendința creşterii evidente a responsabilității complexe**, inclusiv judiciare, a medicului, tendință explicată prin:

- ◊ "agresiunea" tehnică a medicinei contemporane ce face investigațiile mai sofisticate şi chiar mai periculoase;
- ◊ desacralizarea actului medical cu dispariția acelui halou de mister din jurul medicului, fapt ce face ca, în orice nenorocire umană, să se declanşeze sentimente arhaice de culpabilitate, consecutiv reprezentării inadecvate a posibilităților medicinei la un moment dat;
- ◊ îndepărtarea, prin tehincă, a medicului de sufletul bolnavului şi a estompării empatiei umane;
- ◊ propagarea realizărilor medicale prin mass media, când oamenii, asistând la reuşita transplantelor de organe unice, nu mai acceptă să se moară după o apendicectomie;
- ◊ conştiința de opinie publică ce omologhează sănătatea cu fericirea, mila şi compasiunea cu respectul vieţiica unicat şi prin care, se tinde a se căuta un responsabil. De aici, creşterea numărului de acțiuni împotriva medicului;

◊ dificultatea cunoaşterii unor cauze de deces şi nevoia de informare cerută de anturaj de a fi cât mai precisă.

Pe de altă parte, asistăm la **tendința în care, o serie de curente antimedicale**, cunoscute încă din antichitate când Platon acuza medicina ce tratează bolnavi că ar constitui o povară pentru societate şi împiedică astfel selecția naturală. Reluând aceste opinii, Ivan Ilici acuza medicina de medicalizarea şi monopolul sănătății, de generarea crizei medicale consecutive, de antinomia dintre medicina clinică (în care bolnavul este subiect al actului medical) şi medicina tehnică (în care bolnavul devine un obiect al acestui act). Mai mult, el acuză medicina de crearea unor paradoxuri în domeniul asigurării sănătății prin aceea că evoluția progresului medical în loc să scadă costul asistenței medicale, dimpotrivă, creşte acest cost. Pentru Ivan Ilici aceste aspecte generează un fel de iatrogenie socială ce exploatează anxietatea bolnavului, cu atât mai mult cu cât evoluția practicii medicale către instituționalizarea sa, a depersonalizat şi desumanizat raportul dintre medic şi bolnav.

Consecințele acestei antinomii s-au exemplificat prin ceea ce s-a numit "deriva medicinei" şi care a condus la asigurarea medicului pentru eventualele prejudicii create, a dus la o medicină defensivă,. de acoperire, în scopul de a justifica activitatea medicului față de orice fel de acuzație. Relația medic-bolnav s-a transformat astfel într-o relația exclusiv mercantilă, despuiată de orice spirit samaritean. Faptul a făcut ca, încă din 1923, Champonniere să exclame: "problema responsabilității medicale devine în fiecare zi mai gravă şi mai neliniştitoare, preocupând pe bună dreptate pe toți practicienii. Dacă vrem să nu descurajăm inițiativa binefăcătoare ce poate vindeca bolnavul, trebuie să protejăm medicul onest şi conştient contra acuzelor injuste".

Tendințele evolutive ale instituției răspunderii medicale se referă la:

⇒ evoluția raportului medic-bolnav către o relație contractuală, caracteristică medicinei liberale, ca o relație bazată pe încrederea bolnavului în medic şi chiar în alegerea sa, şi pe măsura acestei încrederi, a conştiinței medicului față de obligațiile sale pentru bolnav. Ne aflăm astfel în fața unui contract sinalagmatic între părți, contract în care ambele părți se obligă a-i respecta clauzele, după principiul *do ut des*;

⇒ incriminarea activității medicale prin neasumarea unor riscuri care ar fi devenit utile bolnavului;

⇒ incriminarea activității medicale pentru abstenție, cu consecința privării de şanse;

⇒ incriminarea muncii medicale pentru rezultatele acesteia, fenomen din ce în ce mai accentuat în multe domenii medicale;

⇒ evoluția reparării prejudiciilor consecutive actelor medicale prin asigurări, cu stabilirea forfetară (prin înțelegere) sau contencioasă (prin reziliere de contracte) privind indemnizarea bolnavului. Evoluția răspunderii medicale

Scanned with OKEN Scanner

către asigurări, către rezolvarea litigiilor medic-bolnav prin asigurări şi independent de greşeala stabilită judiciar, apare drept consecinţă a liberalizării practicii medicale, liberalizare ce are la bază medicina contractuală.

În faţa unor concepţii fataliste privind aleas-ul existenţei umane, societatea contemporană creează condiţii din ce în ce mai largi pentru a-i face faţă prin asigurări. Atari garanţii pecuniare se acordă pentru accidente imprevizibile, fapt ce a creat noţiunea de răspundere fără greşeală. Într-o atare evoluţie nu este important a stabili dacă autorul unui prejudiciu este culpabil sau incocent, cât este a indemniza victima. Se aduc ca argumente ale acoperirii răspunderii prin asigurări următoarele:

- procedura judiciară lungă privind stabilirea responsabilităţii medicale;
- dificlutatea dovedirii greşelii medicale, ca şi a legăturii sale cauzale cu prejudiciul, dovedire care incumbă bolnavului;
- caracterul uneori incert al deciziilor judiciare;
- evitarea traumatizării printr-o astfel de indemnizare sistemică, cu aptitudinea de a evita descurajarea energiilor, deperdiţia competenţei, într-un domeniu în care priza de risc devine un element esenţial.

Experienţa S.U.A., Suediei, Finlandei, etc., atestă includerea indemnizării prin asigurări pentru cazuri de forţă majoră,prezumţie de greşeală, relaţie cauzală a actului medical cu prejudiciul. În acest scop, compania de asigurări stabileşte o comisie ce va clarifica punctele umbră din dosarul medical şi va încerca o tranziţie amiabilă între părţi. În acest scop se reomandă:

- să se ţină o evidenţă riguroasă a dosarului medical;
- să se facă o informare completă şi pe cât posibil clară, către bolnav şi şeful ierarhic;
- să se facă o cercetare riguroasă a faptelor, fără erori sau omisiuni;

Consiliul European a adoptat următoarele măsuri în domeniu:

- caracterul autonom al indemnizaţiei medicale;
- funcţionarea asigurărilor medicale pe principiul controlului riscurilor "după datele câştigate ale ştiinţei", pentrua evita creşterea costului asistenţei medicale;
- păstrarea şi restabilirea notorietăţii şi autorităţii medicului;
- concilierea contenciosului prin mediatori, prin comisii şi procedură extrajudiciară;
- evitarea inflaţiei necontrolate a cotizaţiilor de asigurări care ar creşte costul asistenţei medicale;
- finanţarea fondului de asigurări de către cei asiguraţi, în scopul asumării responsabilităţii în plină independenţă profesioanală.

Scanned with OKEN Scanner

Responsabilitatea medicală în medicina liberală apare a fi de mai multe feluri:

- **responsabilitate disciplinară** statuată de colegiile deontologice medicale şi care poate merge până la suprimarea dreptului de practică medicală;
- **responsabilitate administrativă** a instituţiei sanitare care poate fi proprietate de stat sau particulară şi care, de regulă, este pecuniară. Spitalul poate face însă acţiune recursorie împotriva medicului în culpă;
- **responsabillitate judiciară civilă**, de natură contractuală, care obligă pe medic "a da îngrijiri conştiente, atente şi conforme datelor actuale ale ştiinţei". Această responsabilitate se bazează pe un contract de mandat (Elveţia), contract de serviciu (RFG), contract nenumit (Belgia), contract de prestare de servicii intelectuale (Italia) sau contract de diligenţă (Legal Duty to Take Care) în Anglia. Răspunderea civilă se bazează în Franţa pe întrunirea tripticului format din prejudiciul material, moral sau estetic, prezumţia de vinovăţie şi legătura cauzală dintre ele;
- **responsabilitatea judiciară penală** ce incriminează greşeala prin neîndemânare, imprudenţă, neatenţie, neglijenţă sau nerespectare a regulilor de comportament profesional (greşeala comună tuturor profesiunilor) şi prin violarea secretului medical, neasistării unei persoane aflate în pericol, neinformării bolnavului etc. (greşeala specifică profesiunii medicale). De menţionat că responsabilitatea medicală apare a fi cu precădere delictuală în Grecia, Finlanda etc. În acest sens, greşeala se referă la neîndeplinirea unei obligaţii de mijloace (malpractice, kunstfehler), neîndeplinire pe care, un alt medic, conştient şi avizat, în aceleaşi circumstanţe de lucru, ar fi evitat-o. Un astfel de medic conştient şi avizat este definit ca medic normal, prudent, avizat şi plasat în aceleaşi condiţii de lucru (Belgia), un medic onest şi competent (Olanda, Danemarca), medic de aceeaşi formaţie (Suedia), medic ce adoptă un comportament conform diligenţei normale şi scrupuloase (Italia), în raport de specializarea, locul şi resursele sale tehnice (Portugalia). Dacă în general,proba greşelii o face bolnavul prin avocatul său, în Germania, dimpotrivă, medicul este obligat să-şi probeze inocenţa.

Frecvent, în cadrul greşelii medicale se acuză lipsa cosimţământului bolnavului la o investigaţie sau la un tratament oarecare, prin lipsa sa de informare. Medicina contractuală face acest consimţământ inevitabil, fapt ce obligă a fi luat, în general oral, în unele ţări şi scris (S.U.A., Anglia) sau luat cu martori ori prin video. Mai mult,Parlamentul European impune ca acesta să reprezinte o "codecizie între îngrijitor şi îngrijit". În Ţările de Jos ce cerea ca informarea să se facă în termeni comprehensibili, în Danemarca să privească numai riscurile tratamentului, în Grecia să privească doar consecinţele dezagreabile de ordin medical sau social iar în Franţa să fie simplu, aproximativ, inteligibil şi loial. În atari condiţii, apare scuzabilă disimularea diagnosticului sau

Scanned with OKEN Scanner

a prognosticului. În țările în care procesele contra medicilor sunt în creştere, consimțământul se ia scris iar dovada lipsei sale o face bolnavul.

Alte omisiuni frecvent incriminate în medicina liberală, alături de cele de informare, sunt omisiunile culpabile de tehnică a diagnosticului şi tratamentului, de supraveghere a bolnavului, de prognostic infaust prin nespitalizare etc. În zonele de risc ale practicii medicale (urgențe, stări terminale, tehnologie a reproducerii, sfat genetic etc.) evitarea greşelii şi distingerea sa de eroarea medicală (pe care tehnica o face mai probabilă dar şi mai previzibilă şi mai vizibilă) implică o criteriologie ştiințific expertală care se referă la probarea faptului că:

- medicul a făcut tot ce a putut, ca medic şi ca om, în interesul bolnavului;
- a respectat standardele de comportament profesional în raport de pregătirea (specialitatea) şi de condițiile sale de lucru;
- a utilizat mijloacele ştiințifice recomandate şi nu s-a angajat pentru rezultatele lor;
- a respectat, apropape fără excpeție, consimțământul bolnavului sau al familiei:
- a satisfăcut interconsultul în mod spontan sau la cerere şi nu a privat bolnavul de şanse;
- nu a delegat altora atribuțiile sale proprii.

Prevenirea răspunderii juridice, de maximă gravitate, se face prin respectarea unor parametri deontologici înmăsură a contribui în mod eficace la priza de conştiință a răspunderii medicale. Competența medicului devine un drept al bolnavului şi o condiție sine qua non a unui act medical eficient. Pentru medic, competența devine "prima formă de cinste" față de bolnav. Medicul ce vrea să fie cinstit cu bolnavul trebuie să fie competent, lipsa competenței neputând fi compensată de amabilitate sau bunătate. Realitatea acestei cerințe constituie un impuls pentru studiu permnanent, diploma de absolvire ne mai putând astăzi conferi acoperire de competență pentru tot restul vieții profesionale. Acest studiu permanent ar trebui să fie ceea ce Arghezi numea "stăruința crâncenă şi îndârjită, răbdătoare şi entuziastă, cazna tenace de a atinge un nivel cât mai înalt şi pur". Dorința de cunoaştere devine carburantul autentic al inteligenței profesionale precum şicondiția valorizării adecvate a profesiunii în sensul satisfacției existențiale.

Conştiinciozitatea față de actul medical va completa benefic competența profesională, ştiut fiind că în condițiile competenței celei mai desăvârşite, prin lipsa de exercitare a obligațiilor profesionale, se pot produce tot atâtea greşeli şi erori.

Dacă la aceste paradigme adăugăm şi prudența profesională, profesiunea de credință, nevoia de devoțiune, ca şi rolul personalității medicului în interrelațiile sale umane şi sociale, obținem garanția unui act medical despuiat cu

Scanned with OKEN Scanner

certitudine de riscurile imputabilității sale, act ce este în măsură a asigura prestigiul profesiunii medicale şi chiar progresului său.

Sub aspectul legii, reponsabilitatea medicală se poate angaja pentru:

- încălcarea îndatoriilor profesionale de serviciu;
- neîndeplinirea îndatoririlor profesionale de serviciu;
- îndeplinirea defectuoasă a acestor îndatoriri.

Sub acest aspect încriminator, în profesiunea medicală ne întâlnim cu:

- infracțiuni de obstacol (de exemplu părăsirea unui bolnav lăsat în supraveghere, efectuarea unei operații în stare de ebrietate etc.)
- infracțiuni de pericol ca de exemplu neorganizarea corespunzătoare a activității echipei;
- infracțiuni de rezultat în care rezultatul trebuia garantat bolnavului ca în chirurgia estetică, proteze, biopsii, reproducere medical asistată etc.
- infracțiuni prin culpă profesională ca abateri de la cerințele de diligență profesională prevăzute în normele tehnice şi etice ce guvernează activitatea medicală. Culpa în dreptul medical poate lua forma culpei cu prevedere când a prevăzut rezultatul dar nu a urmărit şi nu a acceptat producerea lui şi a acționat crezând că nu se va produce (de exemplu medicul ce nu a răspuns la o urgență soldată cu moartea), a sperat deci uşuratec că rezultatul nu se va produce (uşurință, temeritatea) şi culpa simplă (greşeală) când medicul nu a prevăzut rezultatul deşi trebuia şi putea să îl prevadă (neglijența). În mod clasic culpa se manifestă comisiv sau omisiv, prin incompetență (imperiție), neglijență, uşurință, neprevedere.
- infracțiuni intenționate directe când medicul prevede rezultatul şi îl urmăreşte şi intenționate indirecte când prevede rezultatul, nu-l urmăreşte dar acceptă producerea lui (exemplu operarea şi abandonarea bolnavului sau lăsarea fără ajutor). Neasistența unei persoane în pericol începe cu naşterea şi sfârşeşte cu moartea ce include abstentia culpabilă în condițiile în care medicul are conştiința pericolului ca şi obligația de a răspunde unui pericol ce este totdeauna prezumat (după dreptul comparat).

În criteriologia culpei care este latura subiectivă cel mai frecvent întâlnită a infracțiunilor medicale operează:

- criterii subiective de referință ca de exemplu conduita unui alt medic care, în aceleaşi condiții de lucru şi nivel de pregătire profesională, ar fi evitat rezultatul negativ (comportamentul unui profesionist avizat cu reacții specifice profesiunii, deci peste ale unui om obişnuit);
- criterii obiective ce încearcă o evaluare concretă a vinovăției, funcției de condiții de timp şi spațiu, de dotare, de aptitudini proprii, deci o verificare a împrejurărilor pentru un om obişnuit;
- criteriul mixt, atât obiectiv cât şi subiectiv, de verificare a condițiilor în care s-a produs fapta ca şi a capacității unui om cu experiență profesională de a

Scanned with OKEN Scanner

prevedea, după paradigma obligației de a da îngrijiri atente, conștiente și cu rezerva cazurilor excepționale, conform datelor actuale ale științei (criteriul obiectiv) cât și după nevoia de a verifica dacă medicul avea posibilitatea de a prevedea în circumstanțele sale concrete de lucru (criteriul subiectiv). Un astfel de criteriu mixt include obligația medicului de a acționa atât ca om cât și ca profesionist în serviciul bolnavlui, criteriu raportat la conduita altui medic avizat (prudent și diligent) și care la același grad de pregătire și în aceleași condiții de lucru ar fi evitat rezultatul negativ ce s-a produs. Imprevizibilitatea obiectivă a rezultatului va caracteriza cazul fortuit.

Responsabilitatea poate fi penală prin întrunirea tripticului de producere a unui prejudiciu sigur, actual și direct, a vinovăției și a legăturii cauzale dintre ele. De asemenea, răspunderea medicului poate fi civilă delictuală sau contractuală, ultima fiind fundamentată pe o obligație de mijloace sau de rezultat. Obligația de mijloace rezidă în a da îngrijiri atente, conștiente și conform datelor actuale ale științei iar obligația de rezultat rezidă în a garanta rezultatul și în caz negativ de a răspunde indiferent de vinovăție (răspundere pentru risc).

Greșeala contractuală rezidă în violarea unei datorii de umanism medical (exemplu încălcarea consimțământului) sau de necunoaștere a regulilor tehnice (eroare culpabilă de normă).

În spitale răspunderea se poate angaja pentru risc (răspundere obiectivă, fără greșeală).

Există tendința ca atunci când greșeala nu se poate stabili să se aplice teoria riscului (de exemplu în accidente după vaccinări, transfuzii).

Tendințele actuale ale răspunderii în dreptul medical evoluează către:

- creșterea incriminărilor pentru rezultat adusă de certitudinea progreselor tehnologice medicale;
- incriminarea din ce în ce mai frecventă pentru abstenție (pentru neasumarea riscului);
- creșterea sferei răspunderii contractuale printr-un contract medical sinalagmatic ce determină la obligații reciproce și cu indemnizarea prejudiciilor stabilită pe cale de contencios sau forfetară;
- creșterea răspunderii obiective, independente de greșeală consecutivă asumării riscurilor și cu repararea prejudiciilor din asigurări.

Prezentarea contextului juridic al răspunderii medicale trebuie să determine pe jurist în a solicita expertului rezolvarea problemelor judiciare (de exemplu dacă în speță este o culpă medicală) iar pe expert de a se abține a face imixtiuni în domeniul dreptului. Aceasta obligă pe jurist a cunoaște problematica diferitelor situații de responsabilitate medicală cum ar fi:

⇒ încălcarea dreptului la informare medicală și implicit a consimțământului cu excepția stărilor de necesitate când din două valori (riscul pierderii vieții) și a

Scanned with OKEN Scanner

dreptului de a consimți (încălcat) este justificată încălcarea valorii mai mici pentru a salva o valoare mai mare;

⇒ dacă există vreo greşeală de diagnostic care a antrenat şi o greşeală eventuală de tratament;

⇒ în ce consta obligația medicului de a supraveghea bolnavul;

⇒ dacă medicul era obligat a păstra confidența (secretul actului medical) sau era obligat să divulge secretul încredințat sau de care a luat cunoştința;

⇒ dacă un medic era obligat a răspunde la o urgență şi în ce constă riscul lăsării unei persoane fără ajutor profesional;

⇒ în ce măsură medicul avea obligația supravegherii subalternilor sau în ce măsură le-a încredințat sarcini tehnice pentru care nu aveau competență;

⇒ în ce măsură s-au încălcat obligațiile unei instituții medicale ca persoană juridică;

⇒ cum trebuiau întocmite documentele medicale şi cum se explică omisiunile sau consemnările excesive din aceste documente;

⇒ în ce măsură o conduită încălcată (şi care este aceasta) a privat victima de şanse de supraviețuire;

⇒ în ce constau obligațiile de evitare a unui deces mamă (dacă a fost luată în evidență, urmărită, dacă s-a stabilit un prognostic de naştere);

⇒ cum se explică (prin ce omisiuni sau acțiuni) prejudicierea unui produs de concepție (copil prejudiciat), o naştere prematură etc.

⇒ dacă în recomandarea unui tip de contracepție persoana a fost informată despre riscuri cum ar fi acelea de infertilitate, sarcină extrauterină etc.

⇒ ce conduită tehnică se impunea într-un avort asistat (medicalizat) pentru a evita un deces sau o vătămare corporală;

⇒ ce indicații medicale, terapeutice sau eugenice, a avut o sterilizare şi dacă s-a respectat informarea, consimțământul şi decizia cuplului;

⇒ în cazul unei reacții de intoleranța la o substanță oarecare se va întreba dacă reacția era previzibilă sau imprevizibilă şi ce măsuri trebuiau luate pentru a fi prevenită.

Suportul bioetic al responsabilității medicale contemporane

Necesitatea unor delimitări

Bioetica se impune ca o nouă direcție etică în exercitarea actului medical prin aceea că se instituie ca un mod veridic de reziliere a conflictelor profesionale dintre etica veche (hipocratică) şi medicina nouă cu progresele sale ştiințifice şi tehnologice. De aici şi numele de etică neohipocratică.

Pentru Canepa, bioetica nu este altceva decât o extindere a deontologiei medicale la exercițiul modern al medicinei.

Scanned with OKEN Scanner

Esența demersului bioetic devine astfel nevoia de a analiza axiologic primele supoziții ca și ultimele consecințe ale cunoașterii științifice, fapt ce aduce în discuție specificul și relația dintre știință și bioetică.

Știința, cunoașterea umană rațională are scopul de a face mai ușoare pedepsele naturii umane (B.Brecht) și prin aceasta ea este infinită și necesară. Știința nu are mesaje, este o cunoaștere rațională și nu normativă care, cum spunea Nietzsche, slujește doar adevărul, cunoașterea fiind independentă de valori. Din acest motiv Einstein spunea că știința este cel mai impersonal lucru, și într-adevăr așa cum epistemologia înlocuiește morala cu adevărul, iar economia o înlocuiește cu utilitarismul și pragmatismul, tot astfel, știința înlocuiește morala cu obiectivismul și raționalitatea.

Datorită acestui caracter impersonal al cunoașterii prin știință, B. Shaw spunea că știința a făcut din noi zei înanite de a merita să fim oameni sau că, în efortul de a ști cât mai multe despre lucruri din ce în ce mai puține, riscăm a ajunge să știm totul despre nimic. Să fie aceasta expresia a ceea ce Spengler prevedea că civilizația tehnologică devine faza de declin a unei culturi?

Din cele de mai sus rezultă că dacă știința descoperă date ce pot veni în conflict cu interesele omului sau care pot pune și amenința drepturile sale fundamentale, ea trebuie orientată spre valori, caracterul său de independență față de valori trebuind să se întrepătrundă permanent cu orientarea sa către valori. De aceea atât Moor cât și Goodman spuneau că știința trebuie să fie criteriul obiectivismului axiologic iar semnificația sa axiologică să nu amenințe drepturile inalienabile a omului ca individ și comunitate, subiectivitatea sa cum spunea Stanley. Slujirea adevărului prin știință nu trebuie să știrbească țelurile umaniste, spunea de asemenea Nietzsche, nici un succes tehnologic sau științific nejustificând pierderile în spirit pe care le însoțește (Soljenițîn).

Evoluția tehnologiilor în știința medicală și îndepărtarea de bioetică (de deontologia și psihologia relației cu bolnavul) aduce o criză a medicinei actuale ce rezidă în:

- reducerea subiectivității bolnvului la o simplă fișă medicală; conflictele dintre neînțelegerea bolnavului ca subiect (prin medicina clinică) și aplicarea solitară a tehnicilor medicale ce reduc bolnavul la un simplu obiect (prin medicina tehnică);
- creșterea costului asistenței medicale și în mod paradoxal, pe măsură ce crește eficacitatea sa, devine mai inaccesibilă. Cineva spunea că epitaful medicinei actuale este acela de a fi strălucită în descoperiri și ineficientă în aplicarea lor în practică;
- creșterea spețelor de răspundere medicală explicată prin îndepărtarea de înțelegerea suferinței bolnavului, de aptitudinea tehnicii medicale de a face erorile și greșelile medicale mult mai vizibile și de informare și cultură a publicului ce nu mai acceptă justificarea fatalității naturii;

Scanned with OKEN Scanner

- neacceptarea fatalităților de către bolnav odată cu desacralizarea actului medical, de unde, înlinația omului de a cere o explicație, de a găsi un culpabil;
- evoluția medicinei spre o practică liberală, expusă la maximum la consumarea sa contractuală, la transformarea bolnavului într-un client aducător de profit şi nu un purtător al unui drept constituțional la sănătate.

De aici şi riscul unei practici medicale exclusiv tehnologice, neglijând riscurile lor umane prin estomparea sau încălcarea drepturilor omului la informare, consimțământ, intimitate şi viața privată şi crearea de opinie publică a unei imagini de medic cu puteri necontrolate şi implicit de dezvoltare a practicii medicale după criterii exclusive de profit. Se ştie astfel că medicului îi trebuie o viață pentru a dovedi că este un medic bun, competent şi îi trebuie un moment, un eşec sau greşeală pentru a arăta că nu este altfel, pentru a i se contesta competența, pentru a-şi compromite întreaga viață profesională.

Din cele de mai sus rezultă strident că medicina se află astăzi în fața unor paradigme printre care: - aspirația sa spre cunoaştere obiectivă, ca cea mai înaltă formă de cunoaştere umană ce transformă ştiința într-un corespondent modern al religiei cum spunea Einstein şi care a crescut puterile medicului şi "a făcut posibilă îmbogățirea vieții prin faptul că a făcut mai uşoare pedepsele naturii", a complicat însă exercițiul profesiunii medicale, motiv pentru care, în practica medicală, valorile morale trebuie să fie plasate deasupra tuturor tehnicităților medicale. Altfel spus, cunoaşterea obiectivă în medicină care este o necesitate, trebuie permanent înconjurată de umanism, pentru a nu diminua sensibilitatea relației medic-bolnav, astfel că, dacă ştiința are puterea de a schimba lumea, etica trebuie să aibă puterea de a o lumina.

Noile tehnologii aplicate în medicină nu trebuie deci să estompeze drepturile omului şi ale bolnavului, să evite acel tip de medicină totalitară ce nu ține cont de aceste drepturi. Noile tehnologii au crescut acuratețea şi eficacitatea explorărilor medicale, garantează adevărul diagnostic într-un coeficient mult mai mare ca înainte şi permit, pe de altă parte, şi controlul public (de opinie, expertal sau judiciar) asupra valorii şi limitelor lor de aplicare, motiv pentru care ele trebuie aplicate numai în condiții etice.

Corective privind exercitarea medicinei în condiții exclusiv tehnologice

Este evident că nu ştiința şi implicit tehnologiile sale pot fi jugulate ci doar aplicarea lor în condiții inumane, în condiții inadecvate unui concept holistic medical de exercitare a actului medical. Într-un astfel de concept, nevoia de a personaliza permanent actul medical ne obligă "a nu pierde din uman ceea ce câştigăm în tehnică". Pentru aceasta metodele tehnice medicale nu trebuie să fie opresive, să respecte libertatea de decizie a bolnavului ca nex al relației cu

Scanned with OKEN Scanner

autonomia medicului, să tindă a minimaliza riscurile şi erorile şi a maximaliza beneficiile, în unele situaţii să aibă avizul unor comitete de etică sau chiar al opiniei publice, orice persoană prejudiciată printr-un act tehnic având dreptul la o indemnizare corespunzătoare. Mai mult, în condiţii etice, asumarea riscului va fi o datorie medicală ori de câte ori aceasta se face în scop umanitar. Dar nevoia de asumare a riscului nu trebuie să încalce principiul need versus risk, motiv pentru care, orice risc trebuie evaluat pentru a fi făcut legitim. Riscul va fi acceptat, normal şi deci evaluabil, ori de câte ori salvează de la un pericol mai mare, pericol ce este real şi iminent şi nu prezintă alte şanse de salvare şi ori de câte ori valoarea lucrului salvat este mai mare ca riscul creat. În acest scop evaluarea riscului are drept criteriologie, efectuarea şi acceptarea sa în interesul bolnavului, acceptarea sa liberă şi clară de către bolnav, acceptarea sa în lipsa altor alternative şi a fost impus de necesitatea rezolvării unei situaţii medicale.

Un al doilea corectiv al relaţiei ştiinţă-bioetică în medicină se impune a fi nevoia de a reda sensul profund şi peren uman al actului medical prin recursul permanent la morala medicală şi la preocuparea pentru psihicul bolnavului, ca adevărata datorie morală. Medicul nu trebuie să uite că omul nu e făcut numai din suflet şi organe ci şi din sentimente, sensibilitate şi suflet. Numai cu o astfel de preocupare etico-psihologică ce permeabilizează tehnica prin uman vom crea convingerea că actul tehnic medical nu trebuie perceput ca o agresiune ci ca o necesitate bio-medicală.

În sfârşit, în efortul de a aplica la om cât mai mult din cuceririle ştiinţei, medicul trebuie să-şi formeze deopotrivă şi convingeri despre necesitatea concomitentă a cât mai multă conştiinţă, nevoia de a sensibiliza medicina tehnică prin medicina clinică şi etică, o medicină fără etică fiind o medicină fără libertate deplină, atât din partea bolnavului cât şi a medicului. De aceea Maimonide cerea lui Dumnezeu a îndepărtă de la practica sa medicală gândul că poate totul iar Goethe cerea ca în orice conflict dintre ideal (idealul practicii medicale) şi necesitate (necesitatea tehnică concretă) ce determină dificultăţi de alegere, să căutăm totdeauna o scară de valori, în care, cele axiologice, vor fi predominante.

Etape evolutive ale dezvoltării bioetcii

Evoluţia bioeticii e condiţionată de factori epistemologici (analiza logic-descriptivă şi mai pertinentă a faptelor medico-biologice), antropologici (analiza consecinţelor umane a riscurilor create de noile tehnologii bio medicale) şi normative (căutarea de norme etice şi juridice ce să ofere soluţii de aplicare a noilor descoperiri medico-biologice în folosul omului).

În fapt, două categorii de evenimente au determint apariţia bioeticii ca o deontologie plasată în epoca tehnologică ce o străbate medicina: pe de o parte abuzurile medicilor nazişti ce s-au finalizat în procesul de la Nuremberg şi declaraţia consecutivă privind principiile cercetării bio-medicale (obligativitatea

Scanned with OKEN Scanner

informării despre riscuri, a consimțământului, a libertății deciziei persoanei de a întrerupe, a refuza sau alege cercetarea despuiată de scopuri pecuniare etc., până la dreptul opiniei publice de a solicita moratorii privind interzicerea unor cercetări cu riscuri reale sau potențiale de natură socio-umană) și pe de altă parte, noile achiziții științifice (care, prin cele bio-medicale dau expresie și caractetizează revoluția tehnico-științifică contemporană) ce pot amenința drepturile inalienabile ale persoanei. Drepturile omului răspund unor aspirații naturale fundamentale ca dreptul la liberatate, demnitate, la viață și viață intimă etc., dar ele pot fi și amenințate de știință. La ONU se menționa că știința poate pune în pericol drepturile omului iar MURS (Mișcarea Universală pentru Responsabilitățile Științei) are tocmai scopul de a evita acest lucru.

Deci de la o etapă descriptivă prvind confruntarea cu unele riscuri aduse de dezvoltarea tehnologiilor medicale s-a trecut la analiza epistemică a consecințelor lor umane pentru ca astăzi bioetica să realizeze etapa normativă de elaborare de soluții normative privind aplicarea cu mesaj uman a acestor tehnologii în cercetarea și practica bio-medicală. Căci, așa cum spune Hiroike, morala supremă constă în înclinarea spre consecințele spiritual-umane a oricărei activități umane și în permanenta datorie de a traduce în viață acest deziderat. Într-adevăr, după M. Florian, valorile morale autentice sunt doar acealea ce ajung pure și acționale până la conștiința de sine a omului, inclusiv a practicianului. Ori, cum medicina este și o etică aplicată, pentru evitarea oricărei desumanizări scientiste, acest imperativ devine o condiție sine qua non a oricărui act medical. Dintotdeauna medicina a fost și rămâne purtătoarea unor valori universale și transindividuale care au avut în centrul lor omul, așa cum accentua încă etica nicomahică și de-aici datoria etică generală a medicului de "a da îngrijiri atente, conștiente, cu rezerva situațiilor excepționale (datorie de umanism medical) precum și datoria sa etică specială de a face ca aceste îngrijiri, cu rezerva cazurilor speciale, să fie conforme datelor științifice actuale" (regula Mercier). Dacă etica medicală este o știință a valorilor medicale și luptei cu nonvalorile medicale, atunci, atari deziderate se pot realiza numai prin conștiința datoriei profesionale. Sub acest aspect și etica medicală ca și alte etici traduc în viață caracterul relațional al practicii medicale ce poate fi puternic influențat de suprasolicitarea profesioanală, de laxitatea și superficialitatea interrelațiilor umane, de publicitate și chiar de tendința de uniformizare a vieții.

Dintotdeauna și cu atât mai vârtos astăzi medicina a fost o știință dar mai ales o artă și o etică pentru că legile sale se aplică individual și nu la fel tuturor, pentru că nu întotdeauna ea are judecăți cantitative, având și incertitudini și ipoteze și pentru că în medicină nimic nu este reproductibil total, măsurabil și codificabil. Din totdeauna, atari limite ale științei medicale au fost completate și acoperite de principii etice cum ar fi secretul medical și consimțământul bolnavului, libertatea prescripției și libera alegere a medicului ca bază etică a

Scanned with OKEN Scanner

relației medic-bolnav, a relației dintre o încredere (deseori nelimitată, a bolnavului) și o conștiință, pe aceeași măsură, a medicului (principiul lui Portes). Nefiind deci un diletant sau meseriaș, medicul este un profesionist ce se apropie la maximum de știință și completează incertitudinile științei medicale prin clauza sa de conștiință etică.

În acest context, pentru a evita funcționarizarea actului medical și pentru a întări relația dintre o încredere și o conștiință (principiul Portes) cerută de bolnav, medicul are dreptul și la o remunerare adecvată dar când, recompensa sa nu trebuie să se transforme într-o probă de putere nelimitată, ci dimpotrivă să fie un miljoc mai veridic de a realiza mesajul de a îngriji și vindeca (când este posibil) al actului medical, de a evita depersonalizarea birocratică sau etatică a actului medical și astfel de a compromite realizarea sa rațional umană. De aceea și recompensa (și nu plata) medicului trebuie să se bucure de o normare etico-socială realistă și adecvată.

Tendințe bioetic-normative în practica medicală

Dacă, cum spunea Deschoux, orice știință trebuie să fie umană, atunci norma devine o cale de obiectivare a conștiinței morale de sine, o cale de comunicare mai autentică prin intermediul normei (C. Mircea). Norma apare astfel ca rezultat al luptei dintre conștiința profesional-umană care deschide și inconștiința etică ce închide și de care trebuie să te desparți prin intermediul ei cu precădere. Pe de altă parte, norma etică înaltă în medicină, ce se consumă actualmente printr-o activitate de echipă, este și o cale de realizare a coeziunii înalte a grupului medical. Normarea bioeticii, pentru a răspunde unei diade simetrice de a fi închisă (exigentă) dar și deschisă (supusă aprecierii publice) implică, pe lângă ontologia sa ca existență și cunoașterea sa ca epistemologie. Transformarea unei activități atât de importante și uneori riscante (activitate legată de viață și sănătatea omului) în ordine nu se poate face decât prin normarea cât mai exhaustivă. De altfel, etimologic, normalitatea unei acțiuni umane ne duce la nevoia ca aceasta să fie conformă unei reguli iar în relațiile cu omul, prin excelență în medicină, aceasta trebuie să fie conform unei normativități etico-științifice.

Normativitatea și responsabiltatea medicală

Sistemele tradiționale ale normativității juridice și răspunderii medicale se bazau cu precădere pe ideea de greșeală profesională, față de exercitarea medicinei, cu precădere liberală, în lumea modernă, ce face ca răspunedrea sa aibă la bază libera alegere a medicului, libertatea sa de a trata, ubicuitatea consimțământului (bazat pe informare) și confidențialității, a recompensei adecvate și indemnizării eventualelor prejudicii, a creerii unui fond de garanții pentru ceea ce se numește aleas-ul practicii medicale (a riscului ca certitudine

Scanned with OKEN Scanner

previzibilă individual). Din acest motiv, alunecarea (glisarea) răspunderii medicale de la cea de mijloace (a pune la dispoziție mijloace de îngrijire) la cea de rezultat (responsabilitate obiectivă de garantare a rezultatului pe care o aduce precizia științei moderne) face aleatoriu răspunsul dacă dreptul medical mai deține rolul avut în jurisprudență, dacă medicul (prin experți) va mai fi un judecător al responsabilității sale.

În viitor, baza responsabiltății medicale va fi răspunderea contractuală (după principiul lui Mercier) adică de a da îngrijiri atente, conştiente şi cu rezerva cazurilor excepționale, conform datelor actuale ale științei), un astfel de contract fiind prin excelență individual (intuitu personae), sinalagmatic (cu obligații reciproce), cu titlu oneros (nu gratuit), civil (nu comercial, bazat pe profit), de mijloace (dar cu anumite precauții) şi de rezultat şi deseori tacit (prezumat). În Europa, un astfel de contract este un mandat (Elveția), de servicii (Germania), de prestare de servicii intelectuale (Italia), de diligență (legal duty to take care în Anglia), de responsabilitate civil -delictuală (Grecia, Finlanda) sau nenumit (Belgia). Oricum ar fi, criteriul esențial rămâne acela al răspunderii unui bun profesionist, prudent şi avizat, comparativ cu un alt profesionist din aceeaşi categorie şi plasat în aceleaşi condiții de lucru, care, prin respectarea standardelor tehnice şi normelor etice, ar fi putut evita incriminarea răspunderii. Glisarea prin tehnicizarea actuală a răspunderii de mijloace către cea de resultat aduce nevoia asigurărilor răspunderii în medicină, mai ales pentru prejudicii prin eşecuri inevitabile (răspundere fără greşală) care riscă estomparea grandorii răspunderii subiective, bazată pe competență şi conştiință etică şi care poate duce la abstenția medicului, mai ales în fața riscurilor imprevizibile. Raportul Dingwall relevă că 50.000 reclamații pe an se adresează astfel contenciosului medical în S.U.A., îndeosebi pentru boli iatrogene (5% din internări datorită nu numai efectelor adverse în 80% de cazuri dar şi datorită diagnosticului şi tratamentului incomplet sau lipsei de prevedere în 20% cazuri). Astfel de la 4% reclamații în 1970 s-au înregistrat 18% în 1985, fapt ce a crescut costul asistenței medicale cu 80%, aşa cum relevă Societățile de protecție medicală (Medical Protection Society) sau de apărare medicală (Medical Defense Uninoin). În S.U.A., alt raport menționează direct că 4% din bolnavi sunt victime ale practicii medicale şi 1 din 5 decese se pot pune de asemenea pe seama calității insuficiente a acetelor medicale. Dar, şi în aceste condiții, piața asigurărilor medicale s-a destabilizat, primele de asigurare crescând cu 280% în Florida, cu 200% în Tennessse (în medie 70% în S.U.A) mai ales în obstretică *unde se cumulează riscurile pentru mamă şi făt), în neurochirurgie, psihiatrie sau medicină legală, specialități de înalt risc (1/2 milion medici asigură astfel 200 de milioane pacienți potențiali ai unor riscuri de practică medicală). Riscurile unui atare sistem rezidă într-o practică de medicină defensivă (când în situații nesigure medical se preferă în acțiunea pentru a evita asumarea riscurilor şi indemnizarea consecutivă a victimei). Abuzul de explorări

Scanned with OKEN Scanner

în amonte pentru a diminua consecințele terapeutice, în aval, depersonalizarea relației medic-bolnav, transferul de convingeri publice că răspunderea medicului se poate oricând acoperi în bani și inevitabil estomparea bazelor fundamentale ale confidialității medicale bazată pe un trinom psihologic (bază a încrederii medic-bolnav), deontologic și juridic (de protecție a vieții private). Din acest motiv se estimează că în viitor, costul prevenirii unei vătămări medicale va fi mai ridicat decât probabilitatea ca el să se producă.

În dreptul medical, respectul drepturilor bolnavului înseamnă a realiza o justiție natural-pozitivă și distributivă (pentru resursele medicale) precum și o justiție legală de rezolvare a situațiilor medical-litigioase în spiritul legii. În acest sens probleme acute de responsabilitate aduc nevoia și dreptul său de a consimți la actul medical. Aceste drepturi decurg din antonomia bolnavului. În acest sens, dacă în intervențiile de necesitate medicul nu este ținut de obligația de a avertiza asupra riscurilor, în intervențiile utile sănătății va avertiza doar asupra riscurilor grave iar în cele estetice, de lux, asupra tuturor riscurilor, chiar infime. Relația dintre încrederea bolnavului și conștiința medicului ce plasează pe primul în postura de stăpân al actului medical și chiar al medicului și reflectă prin excelență în consimțământ. În acest sens un consimțământ scris este suspect de a fi contrar încrederii sus menționate. De aceea, în Franța, legea Huriet, notificarea bolnavului în cadrul informării nu se face decât în domeniul cercetării medicale, în chirurgia estetică (pentru a dovedi un consimțământ liber, clar și reflectat). În tratamentele cu riscuri excepționale și imprevizibile nefiind necesar un consimțământ clar acesta este prezumat. În orice condiții însă, încrederea în medic devine cel mai fidel criteriu al autenticității consimțământului.

Responsabilitatea medicală rămâne a fi de natură civilă (unde respectul obligațiilor promise devine esențial prin obiectul contractului ce va fi cert posibil și licit), administrativă (ca greșeală de serviciu) și penală (datorită unui comportament inadevat, deci pe baza unei greșeli de natură obiectivă, adică de încălcare a unei obligații și norme legale sau de natură subiectivă raportată la conduita unui alt medic conștient și competent). Dar atât responsabilitatea contractuală cât și delictuală poate fi de mijloace (de prudență din diligență) sau de rezultat, ambele putând determina la o reparație (indemnizație) forfetară (prin înțelegere) sau de natură contencioasă (consecutivă rezilierii judiciare a unui conflict).

Dacă în răspunderea subiectivă, culpa e baza angajării sale ca fiind o încălcare a unei obligații de coetență, prudență, diligență și promptitudine după criteriul atitudinii altui medic în aceleași condiții de lucru (Mzeaud), a unei persoane rezonabile, apte de a da îngrijiri atente și conștiente (Planiol) ori a producerii unui prejudiciu ce putea fi prevăzut și evitat (noi). În răspunderea obiectivă (ex. în urgențe) pierderea ansei sau rezultatul negativ se sprijină pe ideea de asumare a riscului independent de culpă. Aici, principiul res ipsa

Scanned with OKEN Scanner

loquitur se bazează pe încălcarea prudenței comune (de exemplu extragerea unui rinichi sănătos în locul celui bolnav, uitarea de corpi străini, etc.) care poate include neglijența (exemplu nerespectarea contraindicațiilor cunoscute) fără nevoia de a fi probată. În acest caz repararea prejudiciilor prin asigurări are ptitudinea de a evita discreditarea publică a practicii medicale şi relativismul deciziilor juridice, satisfăcând şi nevoia de compensare a bolnavului. Ele au şi dezavantajul de a deruta opinia publică asupra conținutului real al răspunderii medicale şi prin arbitrarea conflictelor medicale în cadrul asigurărilor, de a scurtcircuita justiția. În acest tip de responsabilitate obiectivă rezolvată prin asigurări, dacă medicul are dreptul la eroare de fapt ori la eşec, el nu are dreptul la greşeală pe care trebuie să o evite prin maximum de acuratețe profesională. Este încă o dovadă că răspunderea medicală nu se găseşte atât în normative cât în conştiința medicului, că ea este o parte integrală şi importantă a personalității medicului. Faptul ridică din nou necesitatea simetriei dintre competență şi conştiință profesională pentru a nu cădea în butada menționată la începutul acestui articol şi anume că specialistul medic ajunge să ştie totul despre nimic iar generalistul medic să ştie nimic despre tot. De aici nevoia de a estompa imaginea unui medic al puterii prin posibilitățile sale, într-un medic al înțelegerii şi ajutorului uman prin aceste posibilități.

În practica tribunalelor actuale, mai ales a Curții de Justiție a Comunității europene au apărut astfel şi probleme ale încălcării normelor bioetice din practica medicală. O mamă a invocat că dacă embrionul şifătul face parte din drepturile inalienabile asupra corpului său, înseamnă că poate dispune de el, că fătul, mai ales neviabil, face parte din opțiunea sa şi avortul deci nu ar trebui pedepsit a cum nici suicidul nu e pedepsit de reanimare a copilului său handicapat, printr-o motivație asemănătoare. Un bărbat în divorț, cere eliminarea embrionului rezultat din fecundarea artificială cu sperma sa, deoarece el nu poate fi tată fără voie iar în condițiile încare femeia refuză, el cere intervenția justiției. Dar au fost multiple alte spețe în domeniul fecundării artificiale, transsexualismului, sterilizării, naşterii unui copil handicapat şi valorii diagnosticului prenatal, corpului ca probă împotriva sa, suicidului aisistat (după cartea Final Exit sinuciderea în U.S.A. a crescut cu 30% dar nu la persoanele incurabile), eutanasiei etc.

Nevoi de bioetică ferenda pentru viitor

În scopul de a nu pierde din uman ceeace se câştigă în tehnică, de a determina ca impulsul spre mai multă ştiință să fie urmat de impulsul spre mai multă conştiință este nevoie ca organisme de bioetică să coordoneze, avizeze şi ghideze sub aspect etic cercetările biomedicale şi rezultatele lor, să informeze opinia publică despre rezultate şi să propune soluții normative alături de repararea eventualelor prejudicii, în virtutea respectului drepturilor suverane a omului.

Scanned with OKEN Scanner

De la concepție și până la nevoia bioetica trebuie să dea răspunsuri univoce la tot ceea ce știința o provoacă. Printre aceste răspunsuri se particularizează:

- nevoia de a preciza când începe viața umană; când devine embrionul persoană și deci subiect de drept;
- de a preciza statutul juridic al copilului rezultat din reproducerea medical asistată;
- a stabili criteriile dincare rezultă o viață prejudiciată ereditar sau medical, a dreptului copilului de a fi creat dezirabil ca și a dreptului de a muri demn;
- a stabili criteriile incurabilității și a stării mintale consecutive în vederea justificării etice a utanasiei;
- a stabili în ce condiții corpul poate deveni mijloc de probă împotriva selfului;
- a stabili condițiile liceității schimbării de sex în disforiile de gen;
- a preciza limitele confidialității în situația bolnavilor și cuplurilor cu SIDA;
- a verosimilității sau rejetului dreptului la suicid și la suicid asistat;
- de asemenea a criteriilor și condițiilor în care bolnavul poate refuza supraviețuirea,mai ales în cadrul eutanasiei pasive;
- a stabili cu certitudine limitele dintre drepturile medicului de a vindeca și de a favoriza moartea; limitele obstinației terapeutice sau a întreruperii vieții vegetative;
- a stabili legitimitatea menținerii vieții într-o comă depășită în scopul dezvoltării fătului până la naștere, făt pus în situația de a se dezvolta într-un cadavru și a se naște dintr-un cadavru.

Concluzii

Știința este pusă astăzi în postura de a evolua mult mai repede prin inteligența omului decât evoluția normelor morale de unde necesitatea ajustării permanente a cuceririlor științifice prin semnificațiile lor bioetice. Mia mult, unificarea a două moduri de gândire concret (al omului) cu cel abstract (al normelor) trebuie să devină și o sursă de drept care a fost și rămâne un minimum de morală. Bioetica trebuie să coreleze apoi aspectele intrinseci ale practicii medicale (nevoia de informare, consimțământ, etc.) cu cele extrinseci conferite de lege (cu asigurarea dreptului la sănătate în scopul personalizării permanente a relației medic-bolnav prin competența și conștiința medicului ce tebuie să devină un ghid de orientare. Bioetica, parafrazând pe A. Dimitriu, trebuie să devină o schemă de organizare a căutării științifice în folosul omului precum și a găsirii și corectării limitelor necunoașterii noastre. De aceea bioetica nu poate fi o preocupare hipernormalizatoare, dar nici a conformismului rigid ci o permanentă aspirație spre valorile medicale. Bioetica trebuie astfel să evite orice vid normativ

Scanned with OKEN Scanner

şi chiar anomia medicală şi astfel să susţină condiţia umană şi medicală de a fi mai presus de limitele proprii, de a stimula euristic progresul propriu prin clauza de conştiinţă a valorii permanente şi limitelor indezirabile a actului medical pentru om. În acest sens, un mare bioetician spunea: "În condiţiile moderne, a fi medic sau cercetător este a te bate pentru viaţă, a te expune aventurii şi riscului, furtunii şi înfrângerilor. Înseamnă uneori a accepta nesigurul, abisul şi durerea pentru care trebuie curaj. Înseamnă a accepta nenorocirea iar în nenorocire, singura conştiinţa care contează". Iar în alt loc, Gros şi Royer spuneau: "Contrar a ceeace am putea crede, ideea de om nu poate fi formată plecând de la un punct de vedere biologic. Dimpotrivă, ea poate fi formată numai plecând de la punctul de vedere al ideii de om, punct de vedere după care, biologia poate fi utilizată numai pentru a-l servi."

Într-adevăr, evoluţia medicinei "face dogmele să pălească şi întrebările să se multiplicve şi ca un foc ce mocneşte sub un acoperământ de afirmaţii pretins ultime şi premonitorii, se naşte nevoia permanentă de a pune şi repune în discuţie, cea mai expresivă ştiinţă a umanităţii, mediană, care se apleacă mai mult ca întotdeauna asupra straniului său destin". Bioetica tentează un răspuns la tot ceea ce ştiinţa şi tehnologia provoacă medicina şi în orice condiţii acest răspuns nu poate fi decât uman. Bioetica nu poate astfel oculta consecinţele negative pentru om ale ştiinţei. Ea este nexul libertăţii şi autonomiei profesional-medicale, sursa sporului de satisfacţie profesională şi antidotul cel mai eficace al implicaţiilor de responsabilitate medicală. Să înţelegem şi să respectăm deci bioetica ce s-a născut din incertitudinile ştiinţei noastre.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul III

PROBLEMELE MEDICO-LEGALE GENERALE ALE EXPERTIZEI PE CADAVRU

Pentru jurist devine de maximă utilitate practică cunoaşterea modalităţilor prin care expertiza medico-legală probează cele 4 laturi ale unei infracţiuni ce se soldează cu moartea (obiect, latură obiectivă, subiect şi latură subiectivă). În infracţinile contra vieţii, dacă obiectul juridic al omorului este încălcarea relaţiilor sociale ce protejează dreptul la viaţă, obiectul special sau material, adică suprimarea vieţii prin producerea unor leziuni corporale letale, revine probaţiunii medico-legale.

Elemente probatorii medico-legale a elementelor infracţiunii:

I. Obiectul infracţiunii
- Realitatea leziunilor ce caracterizează un tip de moarte violentă
- Felul morţii: patologică ori violentă
- Cauza medicală a morţii: primară ori secundară
- Data agresiunii (producerii leziunilor)
- Data morţii
- Gravitatea leziunilor: letale şi neletale
- Caracterul vital al leziunilor

II. Latura obiectivă a infracţiunii
- Obiectul ce a produs leziunile letale
- Cauza leziunilor letale sau neletale (etiologia lor)
- Numărul leziunilor produse cu acelaşi obiect sau cu obiecte diferite
- Succesiunea leziunilor în timp
- Mecanismul de producere a leziunilor (patogenia lor)
- Legătura cauzală dintre leziune şi deces

III. Subiectul infracţiunii
- Identificarea victimei
- Identificarea autorului
- Relaţia victimă-agresor
- Direcţia de produere a leziunilor
- Posibilitatea unor reacţii supravitale
- Starea mintală (responsabilitatea) victimei (expertiză victimologică) ori a agresorului (expertiză criminologică clinică)

IV. Latura subiectivă a infracţiunii
- Rezultatul acţiunii (comisive sau omisive)
- Mobilul (motivaţia) faptei
- Forma medico-legală de moarte violentă = crimă, sinucidere ori accident
- Elemente privind dovedirea intenţiei, preterintenţiei ori culpei simple sau cu prevedere

De aceea, o primă problemă privind cercetarea obiectului (special sau material) al infracţiunii se referă la:

1. **Realitatea morţii** - Disciplina care se ocupă de fenomenele trecerii de la viaţă la moarte, ca şi de etapele acestei treceri, se numeşte tanatologie. Tanatologia, în accepţiunea sa filosofic-gnoseologică ne relevă că:

- în natură moartea este un fenomen universal şi necesar evoluţiei speciilor de la formele inferioare către cele superioare şi astfel de asigurare a variabilităţii şi continuităţii în natură (la acest fenomen contribuind şi reproducerea sexuată);
- că în etapele de trecere de la viaţă la moarte (fazele morţii) se asistă la o interdependenţă între fenomenele vitale şi cele letale (în timpul vieţii celulele se reînnoiesc permanent prin fenomenul apoptozei, al morţii programate genetic iar după moarte, unele celule îşi continuă activitatea în mod spontan ca de exemplu celulele germinale ce sunt capabile de fecundare până la 24-48 ore);
- şi că numai omul având conştiinţa morţii, a limitei sale în timp, a încercat să înfrângă această temporalitate prin efortul de a rămâne în conştiinţa semenilor şi după dispoziţia sa fizică, fie prin opera sa, fie prin slujirea ideilor de bine, adevăr şi frumos. De aceea se spune curent că murim definitiv când dispărem din amintirea semenilor. De la macabrul morţii a plecat Renaşterea ce a făcut din moarte o sărbătoare, cât şi asistenţa umană a morţii prin iertarea finală, ca o nouă formă de valorificare a sensibilităţii, când, prin acceptarea morţii se pot da vieţii orizonturi lărgite (între carpe diem şi trecerea dincolo să se plaseze mântuirea) şi arta morţii umane demne (ars moriendi). A asista moartea este a înţelege din timp sensul vieţii şi a lipsi astfel viaţa de simţul înfrângerii definitive şi al vinovăţiei.

Moartea devine reală numai după ce se parcurg toate fazele morţii şi anume:

⇒ agonia, care poate fi scurtă (ca de exemplu în morţile violente) sau lungă (ca în morţile patologice), conştientă (subiectul fiind lucid până în momentul încetării funcţiilor vitale, creier, pulmon, inimă) sau inconştientă (în starea de agonie producându-se tulburarea conştiinţei cu apariţia unor tulburări psihice de confunzie, delir, halucinaţii)

⇒ faza de moarte clinică ce durează 3 - 5 minute de la oprirea cordului şi a activităţii cerebrale şi când supravieţuirea este dată de epuizarea proceselor metabolice din scoarţa cerebrală în acest interval. Uneori supravieţuirea organelor cordului şi plămânului, se poate asigura prin aparatură în condiţiile morţii creierului (aşa numita supravieţuire artificială) sau alteori este asigurată spontan prin disocierea funcţiilor vitale, când creierul decedat rămâne compatibil cu o supravieţuire a cordului şi pulmonului (supravieţuire vegetativă, asemănătoare vegetalelor, deci fără funcţii cerebrale).

O formă aparte de supravieţuire numită moarte aparentă exprimă o deprimare (o prăbuşire până la dificultatea perceperii) a funcţiilor vitale care poate crea erori cu diagnosticul de moarte reală şi determina chiar la tentative ori înhumări precipitate.

În secolele în care bântuiau marile epidemii, acest risc era crescut, de unde, semnificaţia boccelului şi tot astfel s-a creat morga unde pretinsele cadavre erau expuse atât pentru recunoaşterea lor cât şi pentru a se evita riscul morţii aparente, de unde interdicţia eliberării actului de deces şi a efectuării unei autopsii înainte de 24 ore de la pretinsul deces. Se cunosc multiple cazuri de moarte aparentă, de persoane care în

Scanned with OKEN Scanner

contactul cu morga unde au fost depuse ca moarte reală, şi-au revenit şi au făcut grave tulburări psihice şi au dat în judecată pe medic şi chiar de medici care începând o autopsie (Vesalius, Chaptal), la prima tăietură "cadavrul" a dus mâinile la inimă şi medicii au fost condamnaţi la moarte sau au abandonat medicina. În stare de moarte aparentă sau cu frica de ea au fost mari personalităţi ca Winslow, Dostoievski, Chopin, Landau etc.

⇒ faza morţii biologice sau ireversibile (absolute) când manoperile tehnice nu mai pot readuce subiectul din moartea clinică la viaţă şi care, din acest motiv, face ca moartea clinică să se numească şi moarte relativă sau reversibilă.

Din datele mai sus expuse rezultă că realitatea morţii se constată:

- fie prin semne ce atestă încetarea funcţiei organelor vitale (creier, cord, pulmon), aşa numitele semne precoce de moarte (sau semne negative de viaţă) dar care, după cum am văzut, în perceperea lor cu simţurile, se pot preta la erori;
- fie prin semne cadaverice (semne pozitive de moarte) ce dau morţii caracter de realitate.

În mod practic, o persoană poate fi cu certitudine decedată dacă încetarea funcţiilor vitale este stabilită instrumental (EEG, EKG etc.) ca de exemplu în situaţia recoltării de organe unice pentru transplante de la cadavru, fie prin apariţia semnelor cadaverice, care, în raport de cauza morţii şi de factorii de mediu, nu apar, în general, înainte de 6-8 ore după moarte.

În mod obişnuit, pentru elaborarea certificatului de deces sau pentru efectuarea unei autopsii este absolut necesară constatarea acestor semne cadaverice numite semitardive şi care se referă la:

- răcirea cadavrului cu circa $0,7^0$ pe oră, în medie, până la realizarea unui echilibru, prin deperdiţie calorică, cu temperatura mediului ambiant;
- rigiditatea cadaverică ce începe la articulaţia tempo-mandibulară şi cuprinde apoi toate articulaţiile membrelor de sus în jos;
- lividităţile cadaverice ce constau în scurgerea sângelui în părţile declive ale corpului odată cu încetarea activităţii cordului şi sub influenţa gravităţii;
- deshidratarea cadavrului reliefată prin apariţia unor plăci pergamentate mai ales acolo unde tegumentele sunt subţiri (faţă, în jurul buzelor, gât, scrot etc.)

Semnele cadaverice tardive (putrefacţia gazoasă şi apoi lichidiană) şi semnele conservatoare (mumifierea, congelarea, adipoceara şi lignifierea) devin oarecum caduce în diagnosticul de realitate a morţii.

Anticipam că prin cunoaşterea prezenţei şi evoluţiei semnelor cadaverice putem răspunde la multe alte probleme de anchetă judiciară, pe lângă realitatea morţii, aşa cum ar fi cauza morţii (exemplu tegumente roz în intoxicarea cu CO), data morţii (după apariţia şi dispariţia lor cronologică), preocupările victimei în momentul decesului (exemplu spasmul prin rigiditate cadaverică cu păstrarea obiectului vulnerant în mână), deosebirea lor de alte leziuni vitale (excoriaţiile şi echimozele, se pot uşor confunda, pentru un neavizat, cu semnele cadaverice de tipul lividităţilor, deshidratării).

2. **Felul morţii**. În practica medicală şi medico-legală, moartea poate fi patologică, datorată unor cauze predominant interne şi fără semnificaţie antisocială (explicată prin procese inflamatorii, degenerative, malformative sau tumorale) şi

Scanned with OKEN Scanner

violentă, datorată unor cauze predominant externe şi cu semnificaţie antisocială (crimă, sinucidere ori accident).

La limita dintre moartea violentă şi moartea patologică se află o categorie de morţi numite testemonial ca morţi suspecte sau obscure şi a căror cauze pot fi atât patologice cât şi violente. Cum numai prin investigaţia necroscopică se pot clarifica aceste cauze, ea face, prin lege, obiectul autopsiei medico-legale. O astfel de autopsie va constata, în circa 90% cazuri, un tip special de moarte care prin rapiditatea apariţiei ei şi în stare de aparentă sănătate a persoanei se numesc morţi subite. Moartea subită se întâlneşte la orice vârstă, atât la copii cât şi la adulţi şi se produce în 70% din cazuri prin inimă (mai frecvent între 40-60 ani) dar şi prin orice alt organ sau boală (de exemplu, la bătrâni prin accidente vasculare cerebrale). Practic, moartea subită se produce prin orice organ de unde obligaţia expertului de a cunoaşte toate modificările organice produse de diferite boli. Moartea subită este o realitate a lumii actuale, cu toate eforturile de a o prezice şi preveni. Faptul că se produce prin cord a făcut să se afirme că omul sănătos este un bolnav cu leziuni coronariene ce se ignoră.

În circa 10% din cazuri, moartea suspectă poate ascunde o moarte violentă, de unde interesul său judiciar. Chiar dacă ar fi un caz de moarte violentă dintr-o mie de morţi suspecte, principiul fiat justitia pereat mundus, justifică investigaţia medico legală a acestor morţi suspecte. Cele mai frecvente cazuri de morţi violente în cadrul acestor morţi suspecte rezidă în lipsa cunoaşterii împrejurărilor în care moartea s-a produs sau în lipsa unor leziuni de violenţa la examenul extern al cadavrului. Aşa se întâmplă în lovirile minore ale capului protejat de îmbrăcăminte, loviri urmate sau nu de cădere, în asfixiile (sufocările) cu obiecte moi, în alte tipuri de asfixii în care moartea se produce reflex, în avorturi delictuale, electrocuţii, intoxicaţii etc.

Un alt gen de moarte suspectă ce se produce rapid şi deseori la loviri banale, la majoritatea oamenilor, inapte a produce moartea, se numeşte moarte funcţională sau prin inhibiţie. La persoane cu o reactivitate reflexă particulară, atari tipuri de morţi se produc la loviri (traume) minore (de unde şi numele de moarte prin inhibiţie) şi care pentru jurist ridică problema preterinteţiei (intenţia de a lovi şi producerea morţii din culpă). Aşa se întâmplă când se lovesc regiuni corporale reflexogene (scrot, epigastru, gât, col uterin în manopere abortive etc.) şi când la circa 10% din persoane se poate produce o inhibiţie a funcţiilor vitale urmată imediat de moarte. În medicină sunt descrise astfel de sindroame cum ar fi sindromul de hiperreflectivitate sino carotidiană la lovirea gâtului, diferitele tipuri de sincope cu oprirea cordului etc. şi când în relaţia dintre lovire şi reactivitatea persoanei domină reactivitatea ce explică moartea, dar când lovirea banală este cauza ce a declanşat-o (este un răspuns exagerat al unor organe la un excitant banal), şi care nu poate scăpa clarificărilor judiciare, mai ales că frecvent, urmele de lovire sunt absente.

În sfârşit, uneori, un traumatism extern, o violenţă corporală, se suprapune pe o boală preexistentă şi determină moartea. În această situaţie, cauzele de moarte violentă se intrică de o manieră variabilă cu cele de moarte patologică, astfel:

- un traumatism minor, de regulă neletal, agravează o stare patologică gravă ce duce la moarte (exemplu o lovire precordială la un bolnav de cord poate duce la constituirea unui infarct de miocard şi la moarte);

Scanned with OKEN Scanner

- un traumatism se intrică într-o manieră egală cu o cauză patologică în producerea morții, în sensul că atât traumatismul cât și boala puteau fi tanatogoneratoare (puteau produce moartea);
- un traumatism cu apitudinea de a produce moartea are un caracter predominant în geneza morții față de o boală ce nu era în mod iminent tanatogoneratoare.

Definite în general ca leziuni cauzatoare de moarte (când fapte prevăzute în art. 180-182 duc la moarte), în prima situatie traumatismul are un rol declanșator în producerea morții predominant patologice, în a doua situație atât traumatismul cât și boala au concurat egal (rol concurator) în producerea morții iar în a treia situație, boala a avut un rol de potentare a efectului letal al traumatismului.

3. **Cauza morții**. Deși în morțile patologice este o problemă exclusiv medicală, în morțile violente devine și o problemă judiciară ce trebuie corelată cu datele și versiunile de anchetă, pentru probațiunea veridică a speței. În moartea violentă, unele cauze de lovire sunt sigur și direct letale, în sensul că, prin ele însile, leziunile de violență explică moartea, indiferent de starea anterioară sau patologică a victimei (cauze directe sau primare de moarte violentă) iar alte traumatisme, deși inițial neletale, prin complicațiile secundare ce le produc, generează moartea (cauze indirecte sau secundare, așa cum ar fi "creierul visceral" adică moartea prin bronopneumonie la un traumatism de lovire a capului, care produce o stare de comă prelungită cu imobilizarea bolnavului). În sfârșit există și cauze concuratoare de moarte în care atât violența exercitată cât și boala prealabilă au un rol egal în producerea morții, în sensul că, dacă luate separat, riscul de moarte era redus, prin sumarea acțiunii lor, acest risc s-a amplificat până la producerea morții.

Sub un aspect pur medical, moartea se produce prin cauze cerebrale a căror expresie, mai frecvent, este starea de comă, prin cauze cardiace a căror expresie este șocul cardiogen și fibrilația ventriculară, prin cauze vasculare cu expresie în colaps (pierderea masei sanguine) sau prin plămân ce are ca expresie perturbarea funcției respiratorii (apnea sau insuficiența respiratorie acută).

4. **Data loviriі**. În aprecierea datei când s-a produs lovirea, expertul se orientează după modificările rănilor constatate pe cadavru (cele vechi se pot infecta, cicatriza etc.), având în vedere că frecvent victima supraviețuiește loviriі și moare tardiv (o lovire a capului cu fractură craniană poate produce, după 3-6 zile, o meningită sau un abces cerebral care explică moartea). Deci putem distinge și aici mai multe situații:

- loviri banale, nereclamate, dar care produc moartea ardiv (exemplu hematomul subdural cronic, hidroma, ce se poate produce după 2-3 săptămâni și să determine moartea și mai tardiv);
- loviri care produc moartea imediat, sunt contemporane cu moartea, și unde expertul va constata caracterul lor recent;
- loviri reclamate sau nu, dar care au determinat internarea în spital și unde descrierea corectă a plăgii inițiale sau modificată chirurgical trebuie descrisă corect în documentația medicală (în foaia de observație).

5. **Data morții**. Sunt situații în care victimele unor agresiuni de violență decedează la locul faptei sau în alte locuri și sunt descoperite după mai mult timp. În atari cazuri, data morții se face pe baza evoluției fenomenelor cadaverice (cronologia lor de instalare și dispariție în timp), după popularea cadavrului cu diferite tipuri de insecte

Scanned with OKEN Scanner

(care invadează cadavrul într-o ordine determinată de tipul de insectă), după modul cum fiecare depune ouă şi se transformă în insecte adulte, după ritmul deperdiţiei calorice (la cadavrele proaspete) sau dacă de la deces la investigaţia de specialitate nu au trecut mai mult de 48 de ore, după evoluţia unor constituenţi biochimici din lichidul cefalo-rahidian. În rest, erorile sunt mai frecvente, de aceea, pe baza altor investigaţii, erorile se produc în ore (exemplu prin măsurarea temperaturii şi evoluţia semnelor cadaverice) sau zile (în cercetarea entomologică).(Tabel 1)

Scanned with OKEN Scanner

Tabel de evaluare a datei morții

Tabelul 1.

Tipul de explorare	Fenomenul produs	Durata de reacție	Data morții				Observații
			minute	ore	zile	luni	
Excitarea mușchilor radiali	Deschiderea palmei			1-1,5			
Tumefierea idio-musculară	Tumefierea	Apare în 3-5"		3			
Excitarea electrică a							
- mușchilor ochiului	Contracția pleoapei	Dispare după 5 ore de la deces		2-3			
- pupilei	Micșorarea cu 1/2			1			
Excitarea chimică							
- a mușchilor netezi cu pilocorpină sau adrenalină	Micșorarea în 5" Micșorarea în 15" Micșorarea în 30"			5 14 24			
Uscarea (deshidrat.) cadavrului	Matitatea corneii			2-3			
Răcirea cadavrului							
- cadavru îmbrăcat la 18^0 (temp. camerei)	Scăderea temperaturii	cu 1^0 / oră		24			
- părțile descoperite	Scăderea temperaturii			4-5			Formula Buimann sau Fidds-Paten dau erori de 2 ore
Petele cadaverice		Apar la 1-2 ore după moarte					
- dispar la vitropresiune	Lividități cadaverice	Reapar la 1,5'		6-8			
- se restabilesc în 2-5'	Lividități cadaverice	Reapar la 2-5'		8-14			

Scanned with OKEN Scanner

Tipul de explorare	Fenomenul produs	Durata de reacţie	Data morţii				Observaţii
			minute	ore	zile	luni	
- se restabilesc în 5-10'	Lividităţi cadaverice	Reapar la 5-10'		16-24			
- se restabilesc în 15-25'	Lividităţi cadaverice	Reapar la 15-25'		24-48			
Rigiditate cadaverică	Înţepenire artic.	Apare după 1-3 ore					
- la artic. Temp. mandibulară	Înţepenire artic.			1-3			
- la toţi muşchii	Înţepenire artic.			5-6			
- este maximă				24			
Putrefacţia							
- la aer şi temperatura camerei	Pată verde abdomen				1-2		
- la tot abdomenul	Pată verde abdomen				3-4		
- putrefacţia gazoasă	flictene de putrefacţie				7		
Mumificrea	uscare						
- la periferie (mâini, urechi, nas)	uscare					1	
- la tot corpul	uscare					6-12	
Adipoceara	saponificare					2-4	
Invazia insectelor		De la pupe → nimfe → insecte			14		
Aspectul vegetal sub cadavre	galben						
Aspectul pământ sub cadavre	uscat şi umed în jur						

Scanned with OKEN Scanner

6. **Gravitatea leziunilor**. Gravitatea leziunilor ajută la calificarea unui omor ca fiind simplu, calificat sau deosebit de grav, când, sub aspectul medico-legal al multitudinii şi formei lor, leziunile pot evoca cruzimea, starea de neputința a victimei, faptul că putea pune în pericol viața mai multor persoane deodată sau succesiv sau leziunile s-au exercitat asupra unei femei gravide ori a unor persoane cu sarcini deosebite (justiție, armată). Alte situații de omor calificat cum ar fi omorul cu premeditare, din interes material, asupra ascendenților, descendenților sau colateralilor, omorul în legătură cu serviciul victimei sau pentru a se sustrage de la urmărirea penală sau de la executarea pedepsei, ca şi pentru a ascunde săvârşirea unei alte infracțiuni ori a săvârşirii ei în public, deşi sunt de domeniul exclusiv al anchetei judiciare, pot fi corelate cu tipurile de leziuni produse, în scopul de a da mai multă pertinență şi concludența probei judiciare. Tot astfel, în cazul omorului deosebit de grav. În cadrul gravității leziunilor ne vom întâlni cu leziuni care în mod peremptoriu au produs decesul sau au contribuit la producerea lui şi cu leziuni care nu au avut nici un rol în producerea decesului, aşa cum ar fi leziunile neletale (care se evaluează în durata timpului de îngrijiri medicale, dacă victima ar fi supraviețuit) sau modificările provocate de loviri după moarte (leziuni putative).

7. **Caracterul vital al leziunilor**. Există frecvente situații când după moarte un cadavru este supus, accidental sau intenționat, pentru a face să dispară cadavrul (depeşaj), la diferite tipuri de traumatisme, sau alteori, la producerea unor modificări, prin acțiunea factorilor de mediu sau prin apariția semnelor cadaverice (distrugeri de animale, deshidratări cadaverice, lividități cadaverice etc.). În acest caz , devine imperios necesar a distinge leziunile produse în timpul vieții şi care eventual au avut rol tanatogonerator, de modificările produse după moarte.

În practică, leziunile produse în timpul vieții se numesc reacții vitale, pentru că ele reprezintă răspunsul unui țesut în viață la un anumit tip de agresiune corporală. Aceste reacții diferă după tipul de agent vulnerant (mecanic, fizic,chimic sau bilogic) şi ele pot fi clasificate în semne vitale (exemplu împroşcarea sângelui într-o leziune a unui vas arterial ce se impune prin prezența tensiunii sanghine învase), reacții vitale propriu-zise (infiltratul hemoragic, infecția, cicatrizarea, reacția de corp străin) şi reacții supravitale ce se referă la aptitudinea organismului ca după leziuni sigur şi direct letale să mai execute unele manifestări vitale (mers, sinucidere etc.).

Dacă semnele vitale fac obiectul cercetării la fața locului, reacțiile vitale se cercetează, afirmă şi se deosebesc de modificările postvitale prin examinarea macroscopică şi microscopică a rănilor, încât erorile sunt excepționale. În esența, toate agresiunile produse în timpul vieții vor prezenta reacții vitale la nivelul plăgilor iar agenții ce acționează după moarte nu vor prezenta leziuni caracteristice vieții la nivelul modificărilor postletale.(Fig. 1, 2, 3)

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 1. *Echimoze corporale (aspectul cutanat al unor infiltrate hemoragice subjacente cu caracter vital)*

Fig. 2. *Excoriații vitale cu aspect de leziune marker (lovire cu un picior de scaun)*

Fig.3. *Spasm vital al mâinii pe cuțitul ce a servit sinuciderii*

Scanned with OKEN Scanner

8. **Întreruperea unei reanimări,** în situația de moarte cerebrală (supraviețuire vegetativă sau artificială). Majoritatea legislațiilor permit ca, în cazul morții creierului (după unele legislații și cu acordul familiei), să se întrerupă o reanimare, plecând de la conceptul etico-filosofic că pentru om esențial nu e a exista (ca o cultură de celule) ci de a fi (de a fi conștient de nevoia valorizării ființei sale). Astfel, în come depășite cu traseu EEG plat pentru 30-60 ore, cu excepția gravidelor, intoxicațiilor, refrigerației sau când este nevoie de organe unice pentru transplante, întreruperea reanimării apare legitimă. Comunitatea Europeană, în rezoluțiile sale interzice supraviețuirea artificială în scop terapeutic sau de cercetare.

9. **Prelevarea de organe pentru transplante**. Legislațiile nu permit recoltarea de organe de la persoane în viață (cu excepția rinichiului, organ pereche și între rude apropiate) de la care nu se pot recolta decât țesuturi (sânge, piele, oase etc.). Organele, mai ales unice, se recoltează de la cadavre care satisfac în acest mod un principiu umanitar de servire a vieții și după moarte. Principiile după care se ghidează aceste prelevări se referă la faptul că:

- nu se poate obține consimțământul de donare de organe după moarte, din timpul vieții persoanei;
- nu se comercializează niciodată aceste donări, ci ele se fac în scop exclusiv umanitar și nu pecuniar;
- consimțământul după moarte îl dă familia sau dacă defunctul nu s-a opus din timpul vieții, consimțământul este prezumat;
- nu este permisă recoltarea de organe după moarte în cazuri medico-legale ce ar putea astfel prejudicia o autopsie judiciară;
- criteriile morții biologice vor fi riguros respectate pentru "a evita transformarea unui muribund într-un mort" și a justifica astfel o recoltare;
- echipa ce declară decesul și eliberează certificatul de deces va fi alta decât echipa care efectuează transplantul.

Criteriile morții biologice merg până la a fi stabilite prin lege ca și întreaga procedura de donare și recoltare ce va garanta legalitatea actului.

Legea 2 din 1998 prevede că transplantul se face numai în scop terapeutic, ca act umanitar exclus tranzacțiilor sau constrângerii fizice ori psihice și cu interdicția divulgării identității donatorului și a publicității. Donator poate fi o persoană în viață, majoră, cu capacitate mintală, ce consimte scris și liber după informarea sa despre lipsa riscurilor pentru viața lui iar pentru situații de excepție (ex. minori) cu atestarea consimțământului în fața Președintelui Tribunalului. De la decedați în moarte cerebrală, consimțământul se ia de la familie (cu excepția posedării unei cărți de donator), de către echipe diferite și cu excluderea cazurilor medico-legale. La primitor consimțământul se atestă în prezența medicului și a doi martori și indicația de transplant (ce se face în spitale autorizate) răspunde unei stări de necesitate. Recoltarea de țesuturi și organe fără consimțamânt,

Scanned with OKEN Scanner

efectuarea de transplante pentru foloase materiale, constrângerea la donare etc., constituie, după lege, infracțiuni penale. Legea are nouă anexe în care se includ și criteriile stabilirii morții cerebrale.

10. **Eutanasia** constitue o altă problemă umană, medicală, medico-legală și juridică pe care o aduc stările terminale cu suferințele lor consecutive. Deși legalizată în unele State (Olanda, Oregon, Australia) ea este incriminată în majoritatea celorlalte state, atât cu eutanasie pasivă (a lăsa natura să decidă), eutanasie activă (a grăbi decesul de către o altă persoană, de regulă medic) sau suicid asistat (a pune la dispoziția bolnavului mijlocul de a-și curma suferințele și viața). Multiple argumente medicale (mesajul medicinii fiind de a îngriji și lupta pentru viață, deși asistăm astăzi la o "medicalizare a morții", ceea ce făcea E. Cioran sau Reiner Maria Rilke să afirme că medicii ne-au furat moartea), religioase (omul are doar uzufructul vieții sale care este creația lui Dumnezeu) și juridice (eutanasia ar deschide poarta crimei și genocidului și istoria recentă a cunoscut astfel de atrocități) se opun legalizării eutanasiei. De altfel, începând cu procesul talidomidei și până azi, justiția s-a confruntat cu multiple procese de pretinsă eutanasie care nu erau în realitate decât dorințe de a intra în succesiunea unor muribunzi.

Rezoluțiile Comunității Europene cer ca bolnavul să fie lăsat să moară în pace și demnitate, să se respecte voința sa, prelungirea vieții trebuind să aline suferințele, fără a grăbi procesul natural al morții.

11. **Tanatopraxie**. În situația epidemiilor, dezastrelor și calamităților, multitudinea de cadavre obligă la înhumarea sau incinerarea lor, pentru a evita riscul unor contagiuni. În mod curent, tanatapraxia include păstrarea adecvată a cadavrelor în vederea unei autopsii, transportul lor corespunzător prin îmbălsămare pentru a împiedica putrefacția, etc. respectul pentru om trebuind să se prelungească și după moarte (dovadă arta mumifierilor din antichitate).

II. În cadrul **laturii obiective** a infracțiunilor de omor, expertiza medico-legală va trebui să argumenteze științific următoarele probleme:

12. **Obiectul** ce a produs leziunile. De remarcat că deseori, tipul de agent vulnerant (obiectul agresiunii) se manifestă fidel în leziunile produse, motiv pentru care atari leziuni se numesc leziuni marker (care marchează forma și dimensiunile obiectului și devin astfel niște leziuni amprentă pentru obiectul producător) și permit identificarea obiectului (care deseori lipsește la locul faptei sau lângă cadavru), motiv pentru care, când se spune că cadavrele vorbesc, referința se face la acest tip de leziuni (deci cadavrele vorbesc prin leziunile de pe corpul lor).

Cum agenții vulneranți sunt de 5 categorii: *mecanici* (precum obiectele contondente, armele albe, armele de foc, sau mijloacele contondente ale omului precum pumn, dinți), *fizici* (frig, căldură, curent electric tehnic ori atmosferic),

Scanned with OKEN Scanner

chimici (substanțe toxice), *biologici* (plante toxice, leziuni produse de animale, etc.) şi *psihici* (inhibiții sau morți psihogene, de spaimă şi frică acută), fiecare dintre ei vor lăsa leziuni mai mult sau mai puțin specifice, de la patognomonice până la cele necaracteristice, fapt ce obligă pe expert a le explora cu maximă acuratețe.

Importanța judiciară a faptului rezidă în aceea că plecând de la rană se identifică obiectul şi de la obiect se trece la identificarea autorului, fapt ce transformă medicina legală într-o adevărată ştiință a detectării şi în acelaşi timp conferă un anumit grad de spectaculozitate şi operativitate în rezolvarea acestor spețe.

13. **Cauza sau felul (etiologia) leziunilor**. Asa cum s-a menționat mai sus, fiecare tip de agent vulnerant se va manifesta specific într-un anumit tip de leziune numită de obicei leziune elementară.

Astfel, obiectele contondente, funcție de forța cinetică cu care acţionează, produc plăgi închise (echimoze), deschise (plăgi contuze caracterizate prin margini neregulate şi țesuturi zdrobite) precum şi distrugeri de țesuturi şi organe. Fracturile produse de obiectele contondente vor lua forme caracteristice, funcție de felul oaselor (lungi sau late) şi de dimensiunile şi forma obiectului contondent.

Mijloacele contondente prin care desemnăm cele aparținând omului, vor produce, de asemenea, leziuni specifice (plăgile muşcate) sau relativ specifice (explozii de organe).

Armele albe (cuțitele) vor produce plăgi tăiate, de regulă liniare, cu margini netede, cu două unghiuri de plecare şi scoatere a cuțitului din țesuturi şi deseori şi cu un canal (când sunt penetrante în cavitățile corpului). De asemenea, unghiile vor produce excoriații caracteristice (ex. în asfixiile prin comprimarea gâtului cu mâna).

Armele de foc produc leziuni balistice caracterizate printr-un orificiu de intrare şi altul de ieşire, fiecare cu particularități proprii şi un canal,care doar pentru un nespecialist ar putea fi confundate cu leziunile înțepate.

Arsurile, degerăturile, marca electrică reprezintă, de asemenea, leziuni elementare pentru agenții fizici tot aşa ca şi unele leziuni produse de agenți biologici (himenoptere, şerpi, etc.).

14. **Numărul leziunilor**. Pe un cadavru se găsesc leziuni unice sau multiple, acestea din urmă produse cu acelaşi obiect sau cu obiecte diferite. Fiecare din aceste leziuni trebuie identificată în vederea rezolvării lor ca produse de acelaşi autor cu obiecte unice sau diferite ori produse de mai mulți autori cu obiecte diferite şi chiar cu obiecte de acelaşi fel (participație). Toate aceste probleme şi anume obiectul ce a produs leziunile, numărul leziunilor oferă justiției, de regulă, rezultatul unor acțiuni în cadrul laturii obiective, dar nu este exclusă nici problema inacțiunii (omisiunii) în cadrul laturii obiective ca atunci

Scanned with OKEN Scanner

când victima este abandonată sau constrânsă la o autoagresiune (constrângerea la suicid fără posibilitatea victimei de a se împotrivi).

Pentru fiecare leziune, cum s-a mai spus, la gravitatea lor, se va aprecia caracterul lor letal în determinismul morții sau caracterul neletal, evaluat prin timp de îngrijiri medicale dacă victima ar fi supraviețuit.

15 **Succesiunea leziunilor în timp** se apreciază după următoarele criterii:

- După faptul că leziunile tisulare au o evoluție în timp, după leziunile primare datorate în mod direct traumatismului, urmează complicații ale lor (de tipul infecțiilor sau stărilor distrofice) și în final se produc organizări tisulare sub formă de cicatrici (leziuni terțiare).

- Se apreciază apoi după intensitatea reacțiilor vitale în sensul că leziunile produse în viață, pe o circulație sangvină normală, vor produce infiltrate hemoragice intense, leziunile produse în stare de colaps sau agonie, cu deprimarea circulației, vor avea reacții vitale infiltrativ-sangvine reduse iar lovirile produse după moarte nu vor avea infiltrate hemoragice (reacții vitale).

- Când leziunile interesează oasele late (craniu, omoplat) succesiunea lovirilor se apreciază după traectele de fractură, în sensul că traectele liniare posterioare se opresc pe cele anterioare;

- Se apreciază apoi după dinamica eliminării unui toxic din organism;

- În sinuciderile cu 3-4 modalități de încercare, după evoluția leziunilor de la cele benigne către cele fatale.

16. **Mecanismul (patogenia) leziunilor**. Traumatismele acționează asupra corpului prin accelerație (lovire), prin decelerație (cădere) sau prin lovire și decelerație (mecanism mixt). În lovirile urmate de cădere, mecanismul de producere al leziunilor (craniocerebrale sau ale membrelor) constituie una din problemele cele mai litigioase de anchetă. Se va vedea în amănunt ulterior faptul că o cădere solitară presupune o cauză externă sau internă de cădere, o anumită topografie lezională, de regulă pe zone proeminente de cădere, asociate cu leziuni de decelerație, mai ales meningo-cerebrale (leziuni de contralovitură) și ale membrelor datorită perturbării reflexelor de postură (de apărare la cădere). In căderile de la înălțime (precipitare) se va avea în vedere corespondența dintre leziuni cu înălțimea căderii, deoarece, căderile de la peste 10 metri înălțime, se asociază obligatoriu și cu leziuni ale organelor interne. De asemenea, leziunile de cădere trebuie corelate și cu suprafața de cădere care, uneori, realizează cele mai bizare leziuni.

Căderile consecutive lovirilor se vor asocia cu leziuni bipolare (de lovire pe de o parte a corpului și de cădere pe partea opusă acestuia), în rest, fiind obligați a deduce mecanismul de lovire și cădere din corelațiile mai sus expuse.

Mecanismul medico-legal al leziunilor nu se va confunda cu consemnările medicale de pe un certificat de deces, care, sub aspectul deducției

Scanned with OKEN Scanner

mecanismului de lovire nu au nici o relevanță judiciară. (Acolo se consemnează cauza cea mai apropiată de deces sau cauza primară a decesului, în al doilea rând cauza secundară ce explică pe cea primară ce a produs direct decesul și în al treilea rând cauzele adjuvante (de exemplu comă cerebrală produsă de o hemoragie cerebrală, la rândul său explicată de ateroscleroza vaselor cerebrale).

17. **Legătura cauzală** dintre lovire și deces poate fi primară sau directă, ori de câte ori moartea este consecința inevitabilă a leziunii și când deci între leziuni și deces nu se interpune nici un alt factor cu rol de condiție.

Legătura cauzală între lovire și deces poate fi secundară sau indirectă, ori de câte ori între lovire (leziune) și deces se interpun condiții cum ar fi nesolicitarea asistenței medicale (lacunele de conduită medicală).

În sfârșit, alteori, moartea poate fi în legătură de cauzalitate cu mai multe tipuri de leziuni violente sau violente și patologice care își sumează acțiunea în efectul produs și atunci vorbim de cauzalitate concuratoare. Relația dintre cauze și condiții trebuie astfel bine precizată, deoarece, de cauzalitatea medico-legală depinde corecta încadrare juridică a faptei.

III. **Probațiunea subiectului** infracțiunii implică, de asemenea, rezolvarea unor multiple probleme ce ajută la soluționarea corectă a unei fapte penale. Cum subiect al infracțiunii este atât o persoană activă (autorul faptei) cât și alta pasivă (victima) investigația medico-legală se va adresa ambilor subiecți prin probleme care nu trebuie să scape juristului.

18. **Identificarea victimei** se face prin multiple metode criminalistice și medico-legale, ultimele fiind de mare ajutor probator: portret vorbit, amprentă genetică și chiar identificarea parțială pe oase sau țesuturi, ce vor rezolva:

- apartenența lor de specie;
- apartenența lor de sex;
- talia victimei;
- vechimea țesuturilor și deci data morții;
- semne particulare ce ajută la identificare.

Având în vedere mobilitatea accentuată a populației actuale, Comunitatea europeană, pe lângă armonizarea regulilor de autopsie privind tehnica sa și redactarea rapoartelor de autopsie, obligă și la identificarea victimelor după directivele Interpol-ului iar în ceeace privește amprenta genetică, pentru a fi aplicată de o manieră fiabilă în justiție, cere:

- a se respecta drepturile asupra corpului uman;
- informațiile privind analiza să fie accesibile persoanei ce a consimțit la prelevare;
- prelevarea fără consimțamânt să se facă numai în cazuri expres prevăzute de lege sau dacă circumstanțele faptei o impun;
- confidența absolută a rezultatelor;

Scanned with OKEN Scanner

- accesul apărării şi experţilor la rezultate;
- acceptarea schimburilor transfrontieră cu respectarea aceloraşi condiţii.

Sunt demonstrative în acest sens identificarea cu acurateţe ştiinţifică a lui Hitler şi Eva Braun (deşi au fost carbonizaţi) ca şi căpeteniilor naziste (Bormann şi recent dr. Mengele sau îngerul morţii după experimentele abuzive pe om la Auschwitz).

În caz de carbonizări sau de mari distrucţii tisulare, un aprt deosebit îl aduce identificarea odonto-stomatologică, dinţii rezistând la temperaturi de peste 700-800 de grade.

De asemenea, în caz de depeşaje accidentale sau criminale, identificarea resturilor tisulare şi chiar reconstrucţia ulterioară a corpului, devine condiţia sine qua non a identificării victimei. Erori de identificare a victimei, cu prezenţa în familie apoi a autorului, a determinat la reacţii de mutism psihogenetic, încalustrarea voită a victimei pentru a nu-şi speria vecinii, lipsa hainelor ce i-au fost date de pomană ca şi a actelor civile, deoarece a fost declarat mort, etc.

19. **Identificarea autorului** unei crime se face, de asemenea, după plăgile lăsate de victimă în apărare pe corpul agresorului, prin portret vorbit (identikit), prin prezenţa urmelor de sânge şi a grupelor sanghine ale victimei de pe hainele autorului sau invers cât şi prin amprentă genetică pe ţesuturile lăsate la locul crimei sau pe corpul victimei (de ex. din lichidul seminal în agresiunile sexuale urmate de deces).

20. **Stabilirea relaţiei victimă-agresor şi a direcţiei de lovire** se rezolvă după sediul şi topografia leziunilor raportată la înălţimea lor, o astfel de precizare fiind esenţială în clarificarea multor aspecte de încadrare penală. Astfel, o leziune între omoplaţi atestă lovirea din spate, deşi excepţional s-a putut produce şi prin cădere (pe un obiect ascuţit) sau prin autovătămare, (fixarea cuţitului în perete şi împingerea spre posterior a corpului). În general coprul poate fi lovit din faţă, din spate, din poziţii laterale sau oblice (anterolateral drept sau stâng), ca de exemplu, în lovirea capului din faţa şi majoritatea oamenilor fiind dreptaci, leziunea se va localiza în partea temporoparietală stângă a capului vistimei. De asemenea, se va preciza producerea leziunilor victimei ce se află în picioare sau era căzută, cum se întâmplă frecvent în lovirile cu pluriagresori. În concluzie, după topografia leziunilor, se deduce, cel mai frecvent, direcţia de lovire.

21. **Aptitudinea victimei de a mai executa unele acte supravitale** după leziuni ale organelor vitale ce erau imediat letale, cere o analiză de la caz la caz, întrucât reguli generale nu pot exista iar unele cazuri au fost de-a dreptul ieşite din comunul faptelor biomedicale. De exemplu, cu leziuni de secţiune medulară sau cu fracturi ale ambelor membre inferioare o persoană nu se va mai putea deplasa de la locul lovirii dar cu un hematom extradural al meningelor creierului, o persoană, între lovire şi deces, mai poate conduce un vehicul

Scanned with OKEN Scanner

deoarece, după starea comoţională produsă de lovire (de pierdere de scurtă durată a conştiinţei) urmează colectarea sângelui între calotă şi meninge, fapt ce se face în timp de ore, după dimensiunea oaselor lezate. Dacă după ce a consumat un toxic o persoană poate recurge şi la o altă modalitate violentă de suicid (exemplu la o spânzurare) relevă cât de polimorfe sunt situaţile în practica medico-legală, ceea ce întăreşte nevoia de a explora cu minuţiozitate ştiinţifică fiecare caz în parte.

22. **Calificarea unor fapte antisociale** efectuată de bolnavi mintali sau de cei ce supravieţuiesc stărilor vegetative şi se instalează apoi o encefalopatie hipoxică, se va rezolva după regulele expertizei psihiatrico-legale. Ori de câte ori subiectul este alienat, înstrăinat de propriul său psihic şi de mediul său de viaţă (ca în cazul psihozelor), subiectul va avea discernământul abolit în ceea ce priveşte reprezentarea conţinutului şi consecinţelor faptelor imputabile.

Tot astfel determinarea sau înlesnirea sinuciderii unor persoane va fi un fapt imputabil înafara alienării psihice şi chiar un fapt calificat dacă a privit un minor sau un bolnav mintal lipsit de discernământ.

Legea cere ca starea de boală să fi existat în momentul săvârşirii faptei, ceea ce se va deduce retrospectiv din modul de săvârşire al faptei, şi apoi ca fapta să fie expresia directă a bolii mintale (fapta ca simptom) şi nu în afara trăirilor patologice ale bolnavului.

IV. Medicina legală va oferi apoi elemente ştiinţifice privind probarea **laturii subiective** a infracţiunii deşi intenţia şi culpa nu sunt probleme medico-legale ci judiciare. Oricum, expertiza, prin stabilirea poziţiei subiective a autorului sau victimei faţă de o faptă (contribuţia victimei în geneza actului delincvent), deci prin evaluarea capacităţii mintale (a responsabilităţii sau iresponsabilităţii penale), în final, va aduce o contribuţie esenţială în susţinerea intenţiei, culpei ori mobilului unei fapte. Mai ales în cazurile de responsabilitate medicală, în baza evaluării lacunelor de conduită şi tehnică profesioanlă, juristul va avea elemente bazale în stabilirea culpei cu prevedere (a uşurinţei) când autorul a prevăzut consecinţele faptei, nu le-a urmărit dar a crezut fără temei (uşuratec) că rezultatul nu se va produce sau a culpei simple (a neglijenţei) când autorul nu a prevăzut, deşi chiar şi ca om normal, cu atât mai imperios ca medic, el trebuia să prevadă.

23. **Cercetarea mobilului unei fapte antisociale** se face în cadrul expertizei psihiatrico-legale, multe astfel de fapte având mobiluri (motivaţii) pur patologice şi deci neimputabile (de exemplu omorul delirant al schizofreniilor, halucinator al epilepticilor, sinuciderea patologică a melancolicilor etc.). Atari mobiluri imaginare (putative) se întâlnesc doar în îmbolnăvirile psihice şi ele cer o deosebită experinţă şi argumentare din partea expertului.

Scanned with OKEN Scanner

24. **Forma medico-legală** a morții. Numai după explorarea tuturor laturilor infracțiunii prin problemele enunțate se va cere expertului să stabilească forma medico-legală de moarte ca fiind crimă, sinucidere sau accident. Tabelul anexă 2. permite a depista criterii științifice ce pledează pentru una din ele, funcție de fiecare tip de violență în parte și ea cere maximă atenție profesională deoarece deseori o "crimă perfectă", se poate apropia până la identificare cu o moarte patologică și de asemeni, o crimă poate simula o sinucidere (frecvent) sau dimpotrivă poate disimula (ascunde) o sinucidere.

25. Depistarea de elemente științifice ce pledează pentru cauze de **excludere a vinovăției** (cu efecte in personam) sau de justificare a ei (cu efecte în rem). Expertiza ar putea oferi elemente pentru întărirea convingerii unei erori de fapt, a unei stări de necesitate (prin susținerea unor condiții cum ar fi și acela ca prejudiciul produs să fi fost mai mare decât ca în situația când nu s-ar fi intervenit (de exemplu în justificarea legală a unui avort terapeutic) De asmenea, se pot aduce elemente probatorii pentru starea de constrângere fizică (forță majoră) când victima nu avea posibilitatea de a opune o rezistență sau de constrângere morală prin amenințare când perceperea amenințării ca un pericol grav nu putea altfel înlătura omorul dintr-un viol.

De asemenea, se pot oferi elemente privind admisibilitatea unei legitime apărări prin dovedirea actului ca fiind direct și imediat și a apărării ca fiind proporțională cu atacul (riposta nu a depășit agresiunea) cu excepția excesului justificat. Tot astfel se poate confirma o legitimă apărare putativă când s-a disociat intenția de a lovi o anumită persoană și atacul a privit o terță persoană (eroare de atac).

Scanned with OKEN Scanner

Elemente de diagnostic între crimă - sinucidere - accident

Tabelul 2.

Elementul de diagnostic	Heteroagresiuni (violenţe intenţionale sau culpabile)	Autoagresiuni (sinucideri sau autovătămări corporale)	Accidente violente sau patologice
Traumatisme cranio-cerebrale	Leziuni predominat parietotemporale Leziuni ipsilaterale (concordanţa leziunilor) Hematom extradural de aceeaşi parte Leziuni de apărare (ex. fractură antebraţ)	Sdr. presuicidar Ringel Acte preparatorii (scrisori, consum alcool) Leziuni cu caracter de accesibilitate, ezitabilitate, multitudine, direcţie, complexitate, originalitate. Abandonarea altor modalităţi	Impacte occipitale sau frontale Fracturi frecvent la baza craniului Leziuni controlaterale (discordanţă-leziune-scalp-os-creier) Cauze de cădere
Plagi tăiate (mâini, gât, precordiale, abdominale)	Plăgi neregulate ca direcţie Plăgi palmare şi dorsale ca leziuni de apărare	Plăgi orizontale faţă de axul corpului Profunzime în raport de: dreptaci sau stângaci Plăgi cu leziuni de ezitare (lez. sentinelă) Zone accesibile victimei Plăci concordante cu obiectul Uneori obiectul în plagă Pot fi şi leziuni terminale-accidentale (ex. cădere)	Obiectul necesită a fi fixat pentru a realiza o plagă profundă, unică
Împuşcare	Frecvent zone inaccesibile victimei De regulă, din afara zonei de acţiune a factorilor secundari Probe criminalistice: striuri pe glonţ, pulbere la agresor	Zone accesibile Cu ţeava lipită de corp sau din interiorul zonei de acţiune a fact. secundari Împuşcare în cavităţi (tip banzai) Factori secundari pe mâna victimei	Situaţii polimorfe

Scanned with OKEN Scanner

Elementul de diagnostic	Heteroagresiuni (violenţe intenţionale sau culpabile)	Autoagresiuni (sinucideri sau autovătămări corporale)	Accidente violentē sau patologice
Autovehicule	Leziuni primare, secundare, terţiare la adulţi Corespondenţa vehicul-leziune, reconstituire dinamică a accidentului Urme biologice pe vehiculul suspect	Lipsa cauzelor de mediu sau avarierii vehiculului. Absenţa frânării. Aruncarea sub vehicul.	Leziuni de whyplash (de salut) Politr. este o regulă (zone negre lezion.) Leziuni particulare la cord, gât, laringe, pancreas, uter etc.
Tren	Victimă în comă Leziuni vitale prin alţi ag. vulneranţi (disimulare)	Poziţii (posturi) preferate Reacţii vitale absente sau slabe	Surprinderi (uneori curioase)
Spânzurare	Comoţionarea victimei Alte leziuni corporale (prin alţi agenţi vulneranţi) Reacţii vitale locale discrete sau absente	Spânzurări atipice mai frecvent Spânzurări solitare Reacţii vitale locale (frecv. asfixie albastră) Rol preparator al alcoolului Eventual adăugare de greutăţi	Leziuni locale particulare la alpinişti, copii ori în stare de ebrietate
Strangulare (burking)	Şanţ orizontal, în 1/3 medie, continuu, cu sau fără nod Alte leziuni de violenţă	Circulare multiple Nod accesibil (anterior) Sistem de garou la nod Eventuală adăugare de greutăţi	
Sugrumare cu mâna	Excoriaţii şi echimoze neregulate Şant prin interliniul interdigital (eventual) Alte leziuni corporale (ex. compres.)		
Compresiune toraco-abdominală	Fracturi costale (cu sau fără leziuni viscerale) Leziuni asociate		Compresiune sub vehicule, avalanşe, seisme, aglomeraţii Leziuni grave (şi de organe interne)
Sufocare	Leziuni ale mucoasei buzelor Obiecte moi în cavitatea bucală	Cu pungi de plastic sau benzi adezive	Cu pungi de plastic la copii

Scanned with OKEN Scanner

Elementul de diagnostic	Heteroagresiuni (violențe intenționale sau culpabile)	Autoagresiuni (sinucideri sau autovătămări corporale)	Accidente violente sau patologice
Asfixii sexuale	Coexistență cu leziuni sadice Coexistență cu leziuni de viol Spermatozoizi în căile genitale		Accidente prin bol alimentar în timpul raportului sexual Morți subite în timpul raportului sexual (leziuni patologice fără leziuni de violență) Asfixii sexopatice cu obscenități, harnașamente etc.
Corpi străini în căile respiratorii	Textiloame în faringe, cavitatea bucală Substanțe pulverulente în agresiuni	Aspirații de lamele pe orificiul glotic (tradițional la asiatici)	Bol alimentar între corzile vocale Conținut gastric în căile respiratorii (sdr. Mendelson) cu reacții vitale Corpi străini mici, rotunzi, vîscoși, netezi în căile respiratorii (și dopuri de la sticle, casete, tablete)
Înec (submersie)	Alte leziuni de violență corporală Lipsa leziunilor vitale de înec = imersie	Lipsa leziunilor de violență vitale, uneori cu abandonarea altor modalități de suicid (emasculare, leziuni cervicale, intoxicații etc.) Înec vital (leziuni, diatomee) Modificări postletale traumatice	Leziuni vitale de înec prezente Leziuni traumatice vitale (lovire de pietre, stânci) = leziuni contemporane Înec în baie prin ebrietate, electrocuție, epilepsie, CO, moarte subită
Arsuri	Aruncare cu substanțe inflamabile Îmbibarea substanțelor inflamabile în haine Arsuri cu mers ascendent Lichide incluse cu arsuri cu mers descendent Nu rareori alte leziuni de violență cu disimulare (arsuri postvitale)	Autoagresiune prin foc	Aprindere de la țigară etc. cu arsuri vitale, COHb, funingine în căile respiratorii

Scanned with OKEN Scanner

Elementul de diagnostic	Heteroagresiuni (violenţe intenţionale sau culpabile)	Autoagresiuni (sinucideri sau autovătămări corporale)	Accidente violente sau patologice
Hipotermie (refrigeraţie)	Abandonarea persoanei în imposibilitate de apărare Eventual alte leziuni de violenţă	Expunere la frig prin dezbrăcare, ebrietate	Accident prin surprinderi de frig (ebrietate, accident cerebral, card.)
Electrocuţie	Glume cu electrocutare Arsuri electrice criminale	Conectare originală a conductorilor cu corpul	Mărci electrice prezente + arsuri electrice neregulate în raport de atingeri directe sau indirecte Cercetarea triadei Jellinek
Intoxicaţii	Arsuri chimice prin vitriolaj Camuflarea toxicelor amare în băuturi, alimente Utilizarea de toxice fără gust, miros etc. Intoxicaţii cu leziuni vitale Toxice administrate accidental (ex. antropină în băuturi)	Îngurgitare de caustice cu leziuni buco-cervicale tipice Conectarea gazelor toxice cu cavitatea bucală Îngurgitare de barbiturice, medicamente, stricnină etc. (cu ambalaje şi tablete la faţa locului) Resturi de tablete în stomac	Accidente cu gaze toxice sau inerte (CO_2, H_2S, CO, N). Confuzia substanţelor toxice puse pentru rozătoare, insecte, plante Intoxicaţii cu alcaloizi din ciuperci Leziuni prin agenţi biologici (insecte, animale)
Avort	Expulzie în 2 timpi Retenţie de resturi ovulare Complicaţii zgomotoase clinic Retenţie de corpi străini în căile genitale Leziuni mecanice la nivelul organelor genitale Morţi rapide în embolii gazoase Constatarea de toxice, alcool, în organe, uter sau lichid amniotic	Autoprovocare cu mijloace umede (toxice), generale sau locale, ori cu mijloace uscate, locale	Avort patologic cu eliminare într-un timp (făt şi placentă) Complicaţii nezgomotoase Cauze multiple de avort spontan

Scanned with OKEN Scanner

Elementul de diagnostic	Heteroagresiuni (violenţe intenţionale sau culpabile)	Autoagresiuni (sinucideri sau autovătămări corporale)	Accidente violente sau patologice
Infanticid	Frecvent, diferite tipuri de asfixii Pot fi şi TCC, plăgi tăiate, naştere în submersie Infanticid prin omisiune (frig, inaniţie) Mijloace comisive = atestă omorul iar cele omisive = culpa Naşteri în WC (intenţionale) cu leziuni circumferenţiale ale capului, aspirare de conţinut al WC, uneori cu cordon ombilical tăiat, desicat		Morţi accidentale peri- sau neonatale (patologice, subite) Naşteri în WC (prin contuzie) excepţional Autoasistare cu lez. (excoriaţii, echimoze) submandibulare, bucale şi nu cervicale. Naştere precipitată cu cădere, la multipare, în prez. craniană, cu eliminarea fătului o dată cu placenta, cu absenţa bosei, cu cordon rupt, cu absenţa rupturilor de perineu, cu TCC unipolar. Asfixii prin circulară de cordon lung, cu circulare strânse, cu şanţ gât-ombilic, cu vene dilatate spre placentă, cu pulmon nerespirat
Viol	Leziuni de violenţă corporală specifice (gură, coapse) sau nespecifice Semne de deflorare recentă (sau veche, dar în contradicţie cu leziunile corporale) Incapacitate psihică de a consimţi (boli psihice, minori, pluriagresori) Asfixii sexuale disimulate prin accidente, cu diferite tipuri de leziuni postvitale	Diferite tipuri de suicid după agresiuni sexuale cu deflorare, leziuni corporale False acuzaţii de viol, veridice sau neveridice	Raport sexual consimţit pus apoi pe seama violenţei

Scanned with OKEN Scanner

Elementul de diagnostic	Heteroagresiuni (violențe intenționale sau culpabile)	Autoagresiuni (sinucideri sau autovătămări corporale)	Accidente violente sau patologice
Perversiuni sexuale	Cu sau fără grave leziuni corporale specifice (sadism) sau nespecifice (înfrângerea opoziției) Homosexualitate cu flagrant delict sau habituală Leziuni de maximă agresivitate ale celor impotenți	Suicidpost-agresiv (după sadism, homosexualitate, impotență sexuală)	Leziuni erotice accidentale
Reacții medico-legale		Sinucideri patologice în boli psihice	Omor patologic în psihoze Autovătămări în boli psihice

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul IV

MEDICINA LEGALĂ A TRAUMATISMELOR CRANIO-CEREBRALE PRIN LOVIRE

Traumatismele cranio-cerebrale sunt dintre cele mai frecvente situații medico-legale ce necesită o clarificare juridică. Frecvența lor urcă până la 70% din toate traumatismele corporale dacă luăm în considerație lovirile capului făcute în scop agresiv, accidentele de trafic ca şi alte tipuri de accidente.

În cadrul **obiectului** infracțiunii se vor rezolva următoarele probleme specifice:

1) **Realitatea traumatismului (lovirii) cranio-cerebrale rezultă din:**

- leziunile scalpului (tegumentelor capului) cu aspect de plăgi contuze, liniare sau plesnite (fig. 4). Situarea anatomică a tegumentelor capului pe o suprafață dură (os) obligă ca orice lovire a capului să lase o urmă la nivelul scalpului. În lipsa leziunii, pretenția unei loviri se poate explica fie prin protejarea capului (de exemplu cu o cască), fie prin rezorbția în timp a infiltratului hemoragic (traumatism în antecedente).

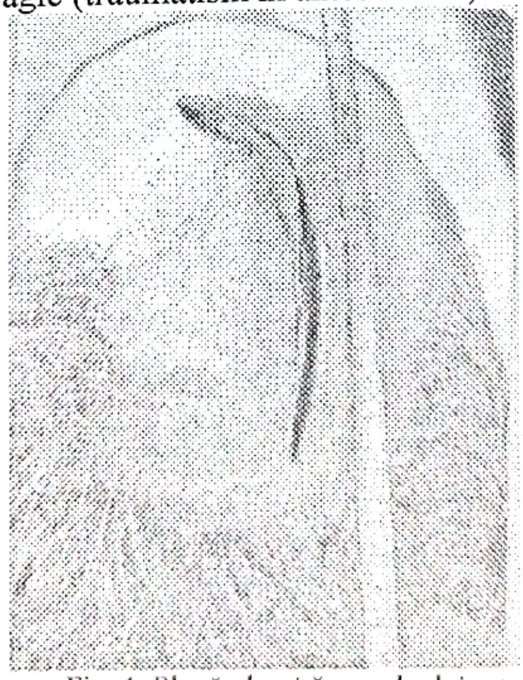

Fig. 4. *Plagă plesnită a scalpului*

De menționat că deseori urma lovirii nu se observă pe scalp, chiar și după raderea părului, dar că trebuie să fie evidențiată printr-un infiltrat hemoragic epicranian (între piele și os).

- prezența unei fracturi craniene de tip înfundare (osul cranian fiind un os lat, fractura ia formă deprimată unică sau cu mai multe fragmente (când se numește fractură deprimată cominutivă), formă de fractură liniară, unică sau multiplă, cu dehiscență (îndepărtare) a fragmentelor de fractură (la copii acest gen de fracturi diastatice sunt mai frecvente) și uneori chiar fracturi de contralovitură (contrecoup), mai ales la nivelul plafoanelor orbitare și a etmoidului și în căderi, mai frecvent. La copil, datorită elasticității oaselor, sunt frecvente înfundările osoase în minge de ping pong. Alteori de întâlnesc doar fisuri craniene, adică fracturi limitate la o singură tablie, de regulă cea externă. (fig. 5, 6, 7)

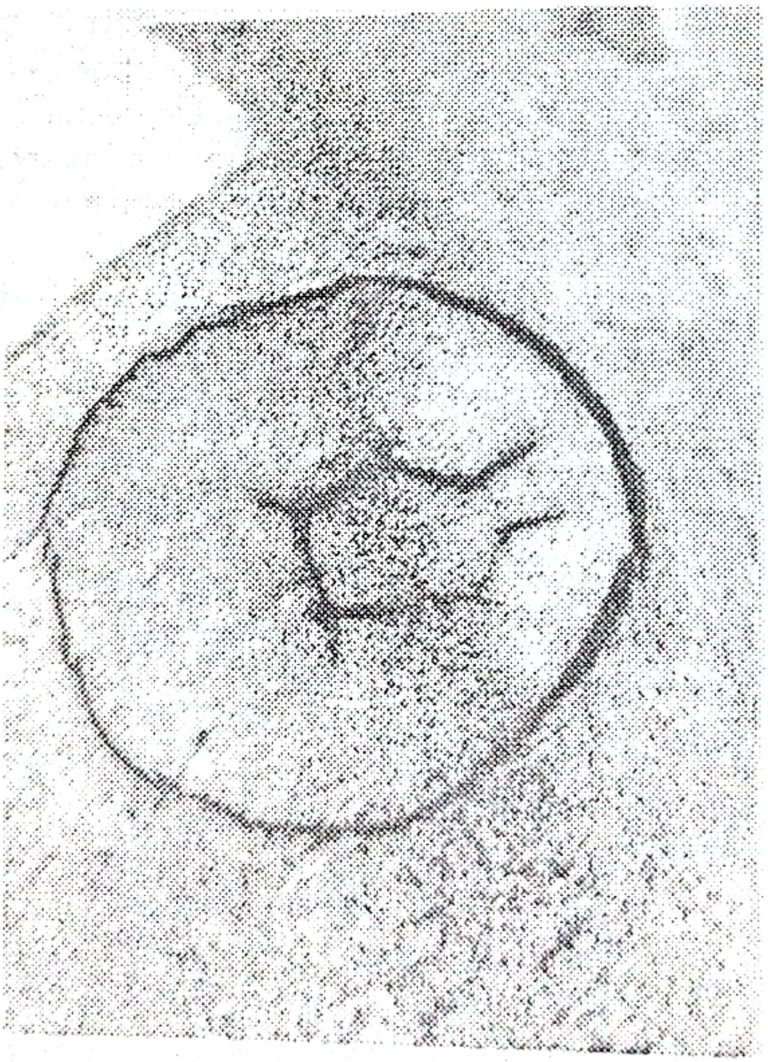

Fig. 5 *Fractură cu înfundare hexagonală produsă cu un mâner de șurubelniță*

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 6 *Fractură orificială produsă de o supapă de vehicul*

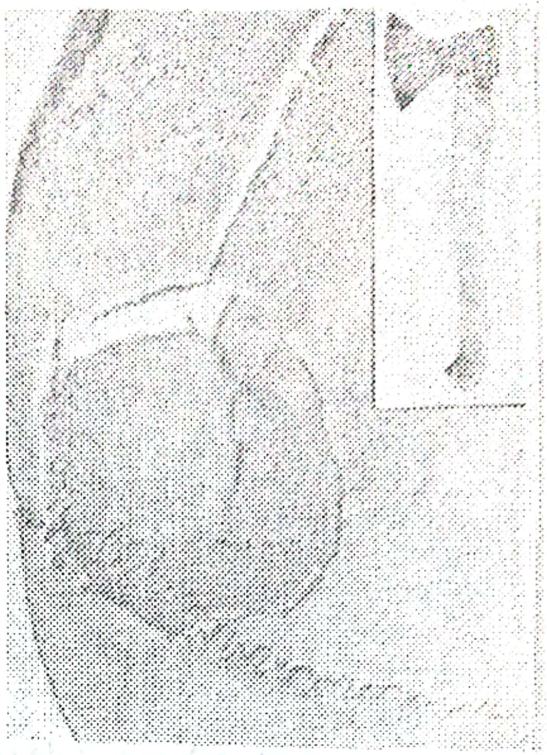

Fig. 7 *Fractură cu înfundare produsă de o muchie de topor*

- leziunile meningeale sub formă de hematoame extradurale (colecții de sânge între os şi duramater), subdurale (între dura mater şi creier) şi hemoragii subarachnoidiene. De menționat că la adulți, în 99% din cazuri, hematoamele extradurale coincid cu o fractură, mai ales în zona temporo-parietală a lovirii. La copii hemtoamele extradurale sunt excepționale (dura este aderentă de os) şi deseori nu se asociază cu fracturi (datorită elasticității oaselor). (fig. 8, 9)

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 8 *Hematom extradural*

Fig. 9 *Hematom subdural*

- leziuni cerebrale sub aspect de contuzii la locul lovirii sau în partea opusă impactului (contuzii de contrecoup sau de contralovitură) şi dilacerări cerebrale (distrugeri de substanţă nervoasă faţă de contuzii); (fig. 10)

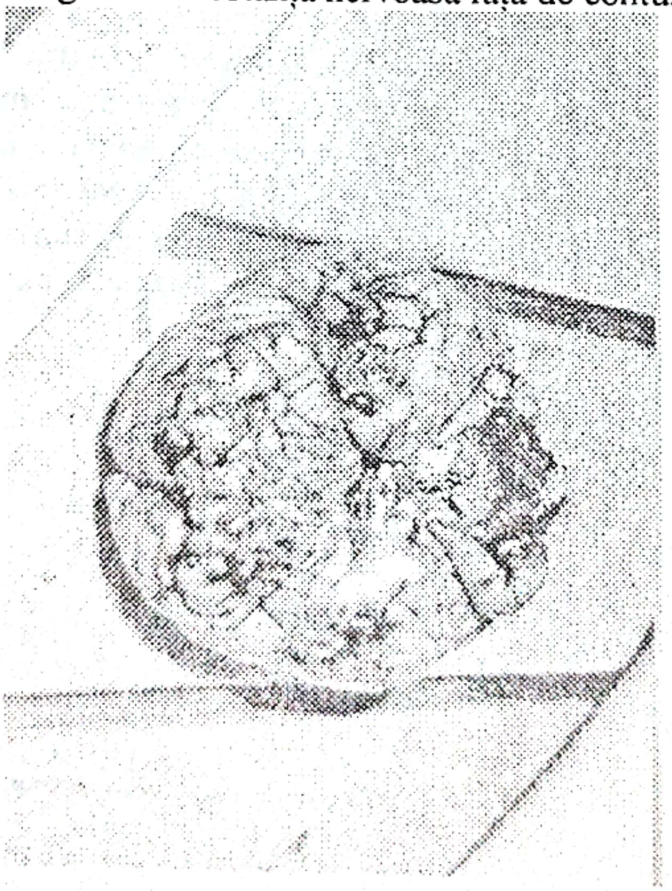

Fig. 10 *Contuzii şi dilacerări cerebrale pe acelaşi creier*

Scanned with OKEN Scanner

- leziuni secundare traumatismelor capului cum ar fi edemul cerebral, hemoragiile tip Duret în trunchiul cerebral (la distanță de leziunea primară de lovire);
- leziuni terțiare de tipul complicațiilor postraumatice (meningite, abcese cerebrale etc.)
- complicații ale traumatismului craniocerebral la nivelul altor organe (pulmon, cord etc.)

2) **Felul morții** ca fiind violentă în cadrul lovirii, accidentelor şi sinuciderii. Este posibil deseori ca după o pierdere de cunoştință de diferite cauze (ebrietate, accidente vasculare cerebrale etc.) să urmeze căderea, când numai din analiza corectă a leziunilor se va deduce forma şi mecanismul lor şi astfel se vor găsi argumente pentru un anumit tip de moarte violentă (lovire, cădere, accident patologic).

3) **Cauza morții în traumatismele craniocerbrale este primară** ori de câte ori leziunile prin ele însele duc la deces după o stare de comă de mai lungă sau de mai scurtă durată, şi poate fi **secundară** produsă prin complicații cerebrale ale traumatismului (de exemplu infecții) sau prin creier visceral (broncopneumonie). Morțile violente prin complicații se explică prin sindroame de angajare (hernii cerebrale) datorită creşterii tensiunii intracraniene, prin hidrocefalie acută, (prin blocarea căilor de circulație a lichidului cefalorahidian), prin colaps cerebroventricular în cazul fistulelor de LCR, prin infecții variate.

4) **Data lovirii** se va aprecia după intensitatea infiltratelor sanghine în țesuturile pericraniene şi în diploe (în țesutul spongios al calotei) ca şi după aspectul hematoamelor meningeale (de exemplu gradul de coagulare şi comprimare a hemtoamelor extra durale), mai ales a hematoamelor subdurale care în primele 3-4 zile sunt colecții de sânge (hematoame acute), între 4-14 zile încep să-şi facă o cămaşă (capsulă) conjunctivă (hematoame subacute precoce între 4-10 zile şi tardive între 10 - 14 zile) şi în final, după 14-20 zile, sângele se resoarbe şi în locul său rămâne un lichid clar sau după luni de zile capsula se calcifică (hidrome). Se va corobora deci în sensul stabilirii datei producerii leziunilor şi aşa numitul interval liber (lucid sau nu) dintre impact (cu comoție pasageră) şi intrarea în comă care la hematoamele extradurale poate fi de ore sau de zile iar la hematoamele subdurale poate fi de zile, săptămâni sau luni (hematoame cronice).

5) **Data morții** se rezolvă după regulele generale menționate dar ea poate fi deseori în vădită discordanță cu data leziunilor, cu interval de ore, zile, săptămâni sau luni, ca în cazul hematoamelor meningeale sau a complicațiilor cerebrale şi viscerale tardive.

Scanned with OKEN Scanner

6) **Gravitatea leziunilor** ține de cantitatea de energie cinetică eliberată de obiectul contondent (sau de cădere) asupra capului. În funcție de forța cinetică de impact, gradul de deplasare (vibrare) a creierului într-o cavitate închisă va fi mai accentuat , răsunetul vaselor cerebrale mai intens şi leziunile mai grave. (de aceea, deseori, leziunile vasculare pot fi prezente în afara altor leziuni tisulare sau osoase).

La persoane în vârstă sau cu anumite leziuni meningocerebrale prealabile, traumatismele, deşi puțin intense, pot determina leziuni endocraniene grave ca de exemplu hematoame subdurale, hematoame intraparenchimatoase (intracerebrale), edeme cerebrale (pe cale reflexă), rupturi de anevrisme vasculare preexistente (mai ales la tineri).

Funcție de gravitatea leziunilor, moartea poate surveni imediat sau tardiv.

7) **Caracterul vital al leziunilor** se apreciază prin infiltratele sanghine pericraniene, prin infiltratele sanghine din diploia oaselor, prin sângele coagulat sau prin prezența hidromei din hematoamele meningeale.

Latura obiectivă a infractiunii de lovire a capului implică rezolvarea următoarelor probleme esențiale în cauză:

8) **Obiectul vulnerant**. Cel mai frecvent lovirea capului are loc prin obiecte contondente, mai rar prin obiecte tăioase şi arme de foc (vezi capitolele în cauză).

Lovirea capului cu un obiect contondent va produce asupra pielii capului o plagă contuză, mai mare sau mai mică, funcție de forma obiectului, (mai mult sau mai puțin regulat), mergând uneori până la pierderi de substanță tegumentare (atrții).

Leziunile scalpului permit a face următoarele observații:

- orice lovire a capului trebuie să lase o urmă lezională pe partea internă sau externă a scalpului. În lipsa leziunii, ori traumatismul este imaginar, ori s-a produs cu mult timp în antecedente, ori capul a fost bine protejat;
- uneori, obiecte cilindrice sau cu muchii produc prin lovire o categorie de plăgi contuze numite plăgi plesnite care, prin forma lor (lungime, margini relativ netede) imită o plagă tăiată sau despicată şi în caz de confundare a lor pot pune ancheta pe o pistă greşită;
- de asemenea, uneori, un obiect contondent de formă geometrică (de exemplu un ciocan) îşi poate imprima forma de pielea nepăroasă a capului sub forma unei excoriații sau echimoze regulate (corespondente ciocanului), fapt ce constituie o leziune marker şi ajută la identificarea obiectului;
- pe calotă - os lat - obiectul poate produce fracturi variate (fisuri liniare, simple sau ramificate), cominutive sau necominutive, cu înfundare, iradiate de la calotă la baza craniului, şi care, funcție de forma obiectului care îşi imprimă forma în fractură, ajută în mod peremptoriu la identificarea lor.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, obiecte geometrice cu suprafața sub 4 cm^2 vor produce înfundări (fracturi deprimate) patrulatere cu latura de 2 cm., obiectele cu suprafață între 4-16 cm^2 vor produce fracturi cu înfundare - patrulatere cu latura de 4 cm, iar peste 16 cm^2, această regulă nu se mai respectă, fracturile putând lua forma neregulate. (fig. 11)

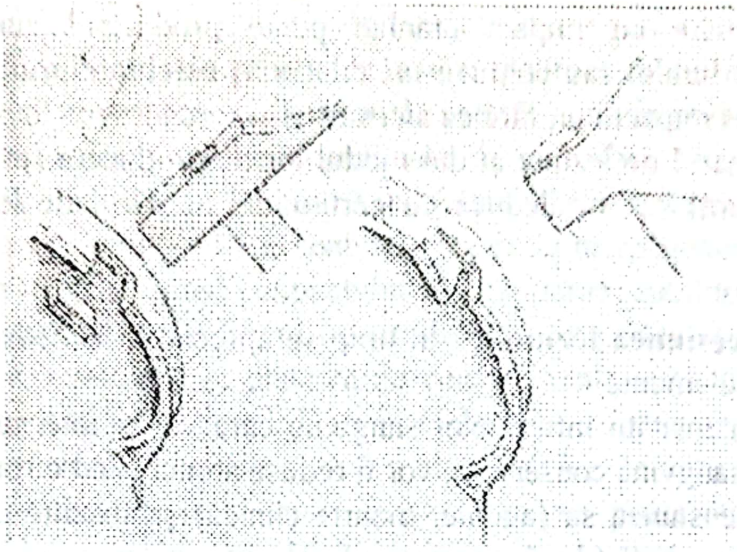

Fig. 11. *Modalități de producere ale unor fracturi prin înfundare*

De asemenea, în lovirile capului, denivelările duc la împingerea fragmentelor osoase către înăuntru (către cavitatea craniului), fenomen de înfundare către interior (inbending) față de exemplu de o împuşcare sub bărbie cu ieşirea glonțului prin calotă unde fragmentele osoase sunt răsfrânte către exterior (fenomen de outbending).

De asemenea, în căderi se pot întâlni fracturi prin contralovitură la polul opus al impactului. (în impacte occipitale, la nivelul etmoidului şi plafoanelor orbitare).

Alte tipuri de obiecte (lame de cuțit, gloanțe) produc leziuni specifice şi nu rareori prin ruperea lamelor tăioase sau prin forța cinetică redusă a glonțului, aceastea se găsesc (rămân) în cavitatea craniană.

9) **Cauza leziunilor poate fi foarte variată** funcție de agentul vulnerant. Cel mai frecvent, atât prin lovire cât şi prin căderea cu capul, ele sunt leziuni contuze cu margini neregulate, cu corpi străini în fundul plăgii, cu pierderi de substanță tisulară (atrții) sau sub formă de plăgi plesnite, liniare şi cu margini relativ netede (vizualizarea lor cu o lupă relevă însă caracterul zdrențuit, contuz).

10) **Numărul leziunilor** se deduce din numărul de focare infiltrative pericraniene, din numărul de fracturi (ce nu trebuie să aibă, de regulă, legătură între ele, cu excepția înfundărilor ce pot avea astfel de traiecte ce se interferează dar care pot fi corect individualizate. Din individualizarea focarelor de contuzii

Scanned with OKEN Scanner

sau dilacerare cerebrală, menționăm că, în prezența unei singure lovituri, se pot produce leziuni la distanță, prin contralovitură (prin lovirea creierului de reliefurile endocraniene datorită vibrației sale în cavitatea craniană închisă) și care nu trebuie să ne ducă la afirmarea eronată a mai multe lovituri. Apoi, o lovire craniană cu producerea unui hematom extradural la locul impactului (lovirii) poate produce un hematom subdural, contralateral, consecutiv căderii, tot așa cum o cădere cu impact cranian poate produce leziuni meningeale (hematoame subdurale) sau contuzii ori dilacerări cerebrale prin contralovitură, deci la locul opus impactului, fără ca aici să se fi exercitat vreo lovire.

Din numărul de leziuni și din modul lor de producere (prin lovitură sau prin contralovitură) se vor deduce cu certitudine numărul de loviri exercitate asupra capului.

11) **Succesiunea leziunilor** în timp se apreciază, în deosebi, pe baza a două elemente:

- pe baza intensității infiltratelor sanguine care vor fi intense în lovirile cu circulație sangvină conservată, vor fi reduse atunci când circulația sanghină scade în tensiunea sa (agonie, moarte clinică) și absente dacă nu există circulație sanghină (după moarte);
- și pe baza traectelor de fractură liniară, după regula că traectele lovirilor anterioare se opresc totdeauna pe traectele de fractură a lovirilor posterioare. Situația este similară spargerii repetate a unui geam de sticlă.

Din punctul de vedere al succesiunii leziunilor vom putea întâlni leziuni primare produse de impact (lovire), urmate de leziuni secundare traumatice ce se produc într-un interval mai scurt de timp (edem cerebral, hemoragii tip Duret) și leziuni terțiare, ce se produc, de regulă, după un imterval mai lung de timp (infecții, cicatrici, broncopneumonii etc.)

12) **Mecanismul de producere a leziunilor craniocerebrale** constituie problema cea mai controversată din datele anchetei, mai ales atunci când nu există martori la fața locului. Leziunile craniocerebrale se pot produce prin mecanisme directe de accelerație (capul în repaos este lovit de un obiect în mișcare), prin decelerație (capul în mișcare se lovește de o suprafață dură, statică) și mixte (accelerație urmată de decelerație, adică lovire urmată de cădere) și mecanisme indirecte cum ar fi accelerația și decelerația fără impact (mecanism în lovitură de bici, de tip whiplash, de hiperextensie și hiperflexie brutală a capului) întâlnit mai ales în accidentele de trafic (în vechime, ca pedeapsă capitală prin așa zisa "rupere a gâtului" cu leziuni predominante la nivelul joncțiunii cranio-spinale) și apoi mecanismul indirect cu impact extracranian (lovirea bărbiei poate produce o fractură de bază de craniu) sau atari leziuni se produc și în căderile de la înălțime pe fese sau în picioare, când bontul osos vertebral este proiectat la exterior prin vertexul cranian (tipice în căderile parașutiștilor).

Scanned with OKEN Scanner

În esență, mecanismul de lovire se va afirma prin existența tuturor leziunilor pericraniene, osoase, meningeale şi cerebrale în acelaşi plan (la acelaşi nivel, adică de aceeaşi parte). Astfel, sub plaga contuză pericraniană se va afla fractura craniană, sub fractură hematomul subdural şi sub acesta contuzia sau dilacerarea cerebrală, dacă este vorba de o lovire fără cădere sau cu cădere pe o suprafață amortizantă (lovire activă).

În căderile simple, favorizate de factori externi sau interni, vom întâlni, dimpotrivă, leziuni pe zonele proeminente ale neurocraniului sau orocraniului (de exemplu pe regiunea occipitală, frontală sau pe față), la nivelul pericraniului (de regulă contuze dar şi forme dependente de suprafața căderii), sub aceste leziuni o fractură craniană dar pentru că în cădere vibrarea creierului în cavitatea craniană închisă este mult mai accentuată, leziunile meningeale şi cerebrale se vor localiza în partea opusă impactului (hematoame subdurale, contuzii şi dilacerări cerebrale sau chiar fracturi controlaterale, în partea opusă impactului. Din acest motiv, contuziile şi dilacerările centrolaterale sunt numite de regulă "contuzii şi dilacerări tip cădere". Deci în căderi (loviri pasive) leziunile nu vor apare în acelaşi plan ca în lovirile active ci ele vor fi bipolare, la locul impactului şi prin contralovitură la locul opus impactului. Se poate astfel deduce că hematoamele subdurale, în circa 50-70% din cazuri se datoresc şi evocă astfel căderea ca şi fracturile solitare de bază, eventual cu iradieri secundare spre calotă. De menționat că la copii, în cădere, leziunile controlaterale (de contralovitură) de regulă lipsesc datorită elasticității oaselor craniene şi nesudării definitive a acestor oase.

În mecanisme mixte (lovire urmată de cădere) vom constata atât leziuni de aceeaşi parte (ipsilaterale) cât şi leziuni de partea opusă lovirii (centrolaterale), deci cu concordanță lezională la nivelul lovirii active şi cu discordanță lezională la nivelul căderii (loviri pasive).

Dar căderile se pot produce de la acelşi nivel (din poziție staționară, din mers sau din fugă) şi de la înălțime (precipitare) când căderile de până la 5 metri produc, de regulă, leziuni ale membrelor, de la circa 10 metri produc leziuni ale organelor interne, iar peste 10 metri produc leziuni distructive întinse şi când doar pielea rezistă. În atari circumstanțe se va ține cont că la femei leziunile vor fi predominant pe jumătatea inferioară a corpului, deoarece ele cad pe fese, jumătatea inferioară a corpului fiind mai grea decât jumătatea superioară, față de bărbați care, de regulă, cad cu capul în jos, jumătatea superioară a corpului fiind mai grea decât jumătatea inferioară. Expertul va explica şi unele leziuni mai curioase explicate prin suprafață de cădere (leziuni de tragere în țeapă în căderile pe garduri, de decapitare în căderile pe sârme întinse sau de telescopare a coloanei vertebrale în cavitatea craniană) ori prin creşterea tensiunii în unele organe cavitare în momentul impactului (explozii de stomac, cord, etc.).

13) **Legătura medico-legală de cauzalitate între lovire şi deces** evocă o cauzalitate directă (lovirea şi leziunile consecutive fiind responsabile în mod

Scanned with OKEN Scanner

exclusiv de deces) şi o cauzalitate indirectă când între o lovire de intensitate redusă şi deces se interpun diferite condiţii dintre care, mai frecvent, existenţa unor boli meningocerebrale prealabile sau momentul solicitării asistenţei terapeutice şi calitatea ei.

Moartea violentă de cauză directă poate fi primară, când leziunea, prin ea însăşi a devenit sigur şi direct letală şi secundară, când leziunea primară a determinat o complicaţie ce duce la deces.

În ceea ce priveşte **subiectul** infracţiunii de omor prin lovirea capului, pe lângă, uneori, a identificării victimei sau autorului după regulele generale expuse şi pe lângă responsabilitatea autorului faţă de fapta sa (dedusă dintr-o expertiză psihiatrico-legală) sau a contribuţiei victimei la o astfel de lovire, (dedusă dintr-un acelaşi tip de expertiză) se vor rezolva, ca probleme specifice:

14) **Direcţia de lovire** şi deci relaţia victimă agresor, capul putând fi lovit din faţă, spate, lateral şi oblic anterior sau oblic posterior, deci din 8 direcţii, fapt ce va fi dedus din localizarea leziunii pericraniene şi a fracturii craniene, precum şi din gradul de dehiscenţă al acestor fracturi care sunt mai dehiscente (margini mai îndepărtate) la locul impactului şi această dehiscenţă se pierde către celălalt capăt al fracturii.

15) **Aptitudinea de a efectua unele reacţii supravitale** depinde de durata intervalelor lucide dintre lovire şi instalarea comei sau de constituire a hematoamelor meningeale, fapt ce explică lovirea într-un anumit loc şi găsirea victimei în alt loc sau moartea după un interval lung de timp.

16) **Subiectul activ va fi expertizat şi în vederea evaluării discernământului sau faţă de fapta imputabilă**, ştiut fiind că există şi crime patologice, comise de bolnavi fără discernământ şi produse prin lovirea capului, frecvent cu multiple lovituri ce se află în contradicţie cu motivaţia actului.

În ceea ce priveşte latura **subiectivă** se va rezolva problema:

17) **Preterinţenţiei** când o lovire banală a capului, pe un fond patologic, poate determina o leziune meningocerebrală (hematom subdural sau intraparenchimatos) sau poate precipita o leziune patologică (o hemoragie cerebrală pe un fond de ateroscleroză a vaselor cerebrale sau ruperea unor anevrisme cerebrale) ca şi atunci când o lovire banală (fără intenţia de a ucide stabilită de jurist) duce la o cădere ce explică moartea prin leziunile de cădere (şi când culpa faţă de cădere o stabileşte, de asemenea, juristul, în baza leziunilor evaluate de către expert în ceea ce priveşte intensitatea lor.

18) **Mobilul lovirii** poate fi unul de competenţa organelor de anchetă (conflict, răzbunare, tâlhărie, etc.) dar şi altul de competenţa expertului: motivaţii

Scanned with OKEN Scanner

patologice delirante, halucinatorii etc. care pot lăsa impresia unor mobiluri conştiente sau care se pot localiza în intervalul dintre recăderile unei boli psihice.

19) **Problema formei medico-legale de moarte prin lovirea capului** ca fiind violentă ori patologică iar dacă este violentă ca fiind crimă, sinucidere sau accident, constituie o problemă de carefur, de interferență a tuturor laturilor infracțiunii şi de corelare a datelor ştiințifice obiective, de natură expertală şi criminalistică, cu cele de natură subiectivă, de anchetă, deduse din declarații, mărturii, etc.

O moarte patologică printr-o lovire a capului are loc după o pierdere de conştiință urmată de cădere (ictus cerebral) când pentru moartea patologică va pleda existența unor cauze a leziunilor constatate (ca de exemplu a hipertensiunii arteriale şi anevrismelor ce produc frecvent hemoragii subarachinoidiene, a leziunilor de pachimeningită ce produc hematoame subdurale patologice, a leziunilor de ateroscleroză cerebrală ce produc, mai frecvent, hematoame intracerebrale sau hemoragii cerebrale cu sediu capsulo-striat etc.).

În ceea ce priveşte sinuciderile prin defenestrare (precipitare de la înălțime) se vor corobora antecedentele psihiatrice (starea presuicidară) cu morfologia leziunilor şi caracterul lor vital, putând exista defenestrări ambigui ce dovedesc aruncări ale cadavrului după moartea de la înălțime. Tot astfel se vor soluționa şi căderile accidentale de tipiul sindromului Elpenor (după numele soldatului lui Ulise ce a căzut accidental).

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul V

MEDICINA LEGALĂ A LEZIUNILOR PRIN ARME ALBE

Armele albe sunt obiecte cu lamă strălucitoare (cuțite) care produc o serie de leziuni tipice și frecvente ca mod de agresiune. Ele își pot reflecta de o manieră mai mult sau mai puțin fidelă, forma și dimensiunile în leziunea produsă și din acest punct de vedere ne întâlnim cu obiecte înțepătoare (cuie, stilete, ace etc.), obiecte despicătoare (topoare, hârlețe, sape) și tăioase (satâre) sau înțepător - tăioase (cuțite cu o lamă sau cu ambele lame tăioase, baionete).

În general obiectele înțepătoare produc plăgi înțepate (punctiforme), cele despicate produc plăgi despicate cu marginile mai mult sau mai puțin netede, funcție de gradul de ascuțire al lamei (cu muchia aceste obiecte produc leziuni contuze) iar obiectele înțepător-tăioase produc plăgi tăiate, penetrante sau nepenetrante, cărora li se descrie o lungime, o adâncime, marginile, unghiurile etc. Spre deosebire de plăgile contuze, plăgile tăiate au ca element principal marginile netede și nu este permis unui expert a confunda aceste leziuni.

Problemele medico-legale ce privesc ***obiectul*** infracțiunii prin arme albe se referă, în mod particular la:

1. Realitatea leziunilor. O leziune tăiată, despicată sau înțepată nu se poate confunda cu nici o altă leziune produsă printr-un obiect de violență precum și nici cu vreo leziune patologică.
2. Felul morții va fi totdeauna violentă.
3. Cauza morții poate fi ***primară:***

- hemoragii prin interesarea unor vase de către plagă, hemoragii care pot fi externe sau interne (în cavități ca hemotorax, hemoperitoneu) și care la pierderea a 50% (peste 2,5 l) din masa sanguină devin letale în lipsa unei hemostaze. La pierderi de 70% moartea se produce brutal (rapid) prin ischemie (lipsă de irigare) cerebrală. De menționat că arterele sângeră de 6 ori mai rapid decât venele și că hemoragii letale s-au produs și după secționarea unor vase de calibru redus (cum ar fi o radială sau o intercostală) în lipsa unei hemostaze sau la persoanele cu tulburări de coagulare a sângelui;

Scanned with OKEN Scanner

- în plăgile inimii moartea se produce prin acumularea sângelui în pericard şi astfel prin blocarea contracţiilor cordului (insuficienţă hipodiastolică) ce se realizează la acumularea a circa 300-400 ml sânge în această cavitate;
- în plăgi ale gâtului sângele ce provine din vasele gâtului (carotide şi jugulare) poate fi aspirat în căile respiratorii şi poate produce o asfixie mecanică printr-un fel de înec în propriile lichide;
- tot în plăgile venoase ale gâtului (a jugularelor), datorită presiunii negative a cavităţii toracice, aerul poate pătrunde în aceste vase şi produce o embolie gazoasă, care, la 10-20 ml. aer blochează vasele cordului (coronarele ce oxigenează cordul) sau vasele cerebrale şi astfel produce moartea.

Frecvent cauza morţii este şi ***secundară*** cum ar fi infectarea plăgilor, cel mai frecvent (piotorax, peritonită, mai ales dacă plaga interesează şi intestinele etc.).

4. Data lovirii se deduce din evoluţia leziunii primare către infectare sau cicatrizare.
5. Data morţii se rezolvă după regulile generale cunoscute.
6. Gravitatea leziunilor rezultă din caracterul lor penetrant şi astfel din interesarea organelor vitale astfel că, interesarea cordului, pulmonului sau creierului, conferă acestor leziuni o gravitate maximă, tot astfel ca şi interesarea unor vase de calibru mare (aortă, carotidă, penis în erecţie) când moartea poate surveni brutal, în afara oricăror intervenţii salvatoare.
7. Caracterul vital al leziunilor se deduce după regulile generale menţionate.

Latura ***obiectivă*** a infracţiunilor prin arme albe implică rezolvarea:

8. Obiectului ce a produs rana. Obiectele înţepătoare, funcţie de forma lor, produc plăgi înţepate în formă de frunză de salcie (obiectele cilindrice), în formă de stea în trei, patru sau şase colţuri etc. (obiecte înţepătoare triunghiulare, hexagonale etc.). (fig. 12)

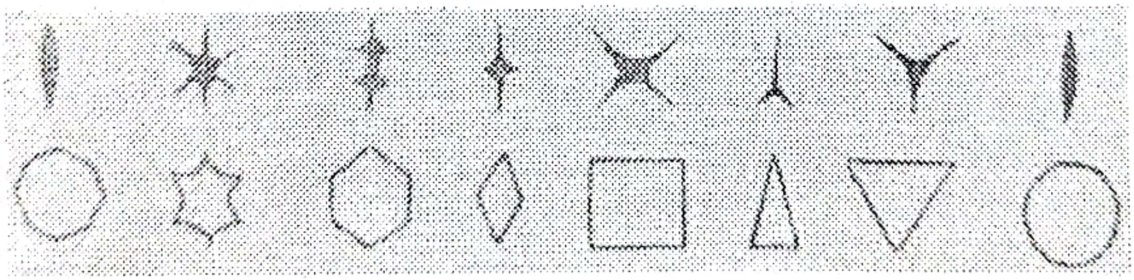

Fig. 12. *Forma plăgilor înţepate: a = forma obiectului; b = forma plăgii*

Obiectele despicătoare produc plăgi despicate, profunde, grave, care pot interesa tegumentele (unde rana pielii va avea aspect de plagă tăiat-despicată iar dacă subjacent a interesat şi osul, acesta va suferi o fractură cominutivă produsă cu lama obiectului. Când fractura va fi produsă cu muchia obiectului, va avea formele descrise la obiectele contondente. (fig. 13)

Scanned with OKEN Scanner

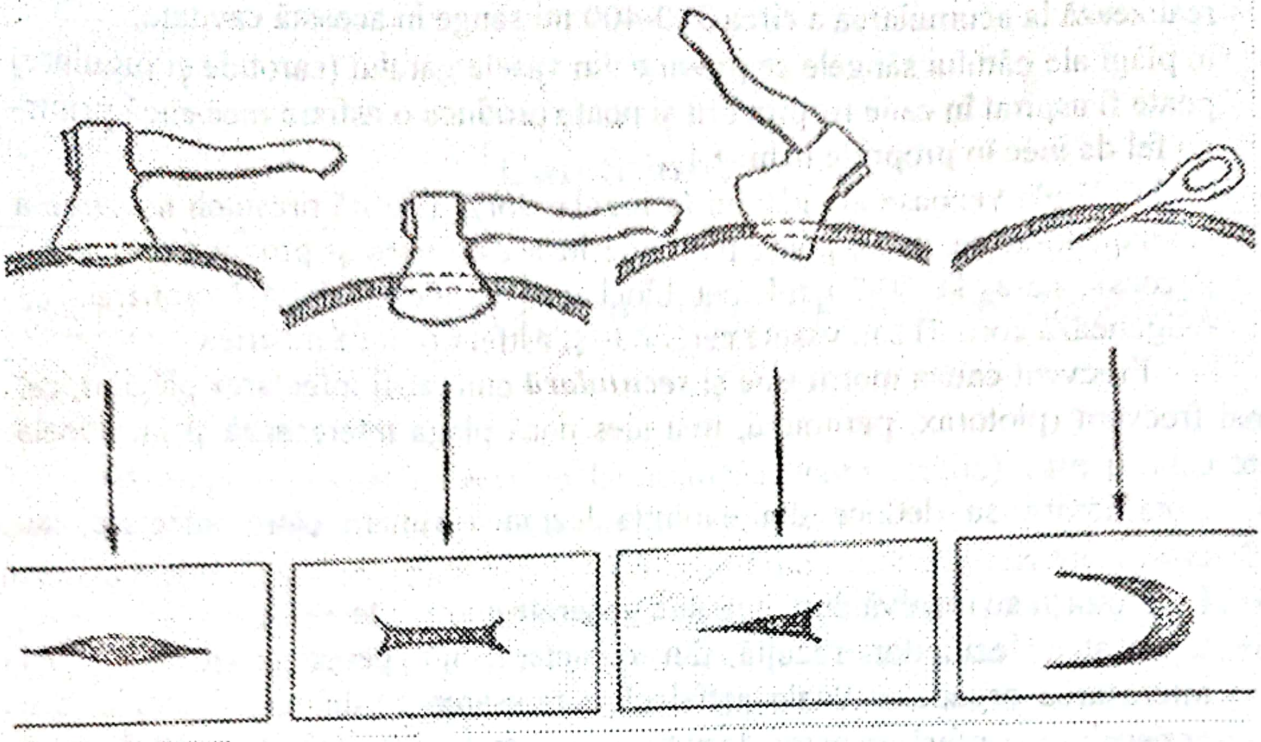

Fig. 13. *Forma plăgilor despicate funcție de modul de acțiune al obiectului*

Obiectele înțepător-tăioase vor produce plăgi care permit identificarea lor în următoarele limite:

- dacă obiectul interesează un os lat (calotă craniană, omoplat, coxal), dimensiunea în lungime a fracturii corespunde dimensiunii în lățime a lamei obiectului. Dacă cuțitul se rupe în os, identificarea devine cea mai dificilă; (fig. 14)

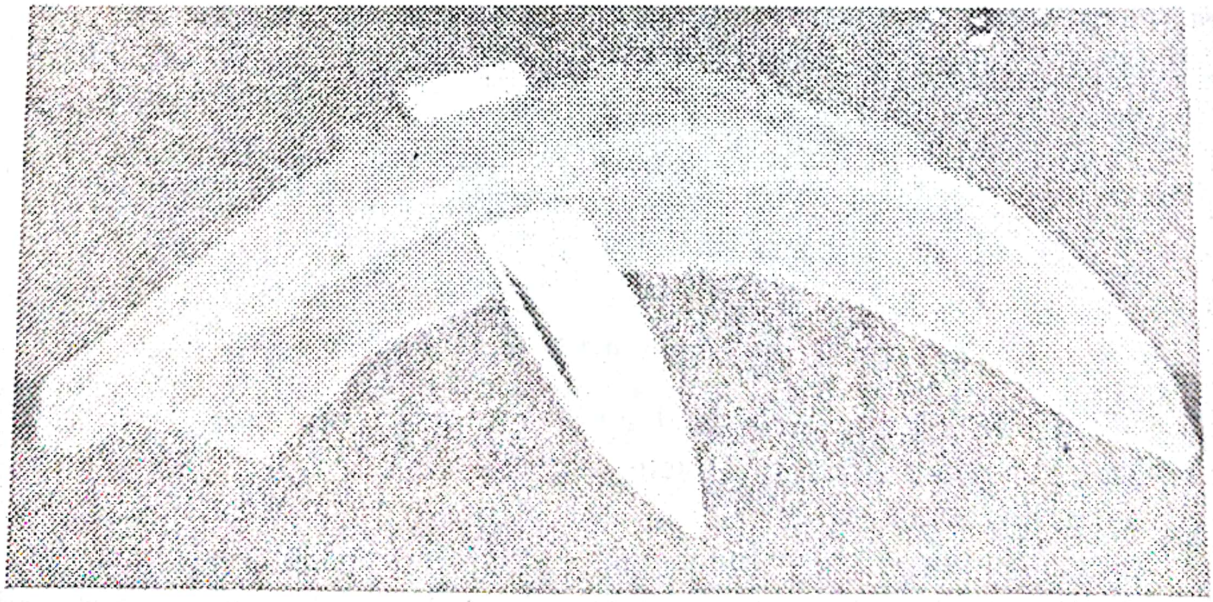

Fig. 14. *Lamă de cuțit ruptă în calota osoasă a craniului*

Scanned with OKEN Scanner

- pe un cuțit suspect a fi produs o plagă tăiată sau înțepat-tăiată pot rămâne urme de sânge (corespunzătoare cu grupa şi sexul victimei) sau urme de țesut (de exemplu de țesut hepatic, într-o plagă a ficatului);
- pe tegumente, dimensiunile plăgii corespund dimensiunilor maxime în lățime a lamei cuțitului, care poate fi însă, mai mic, producând o plagă mai mare prin mişcarea cuțitului în rană sau prin mişcarea victimei, dar nicidecum mai mare decât lungimea la exterior a plăgii. (fig. 15)

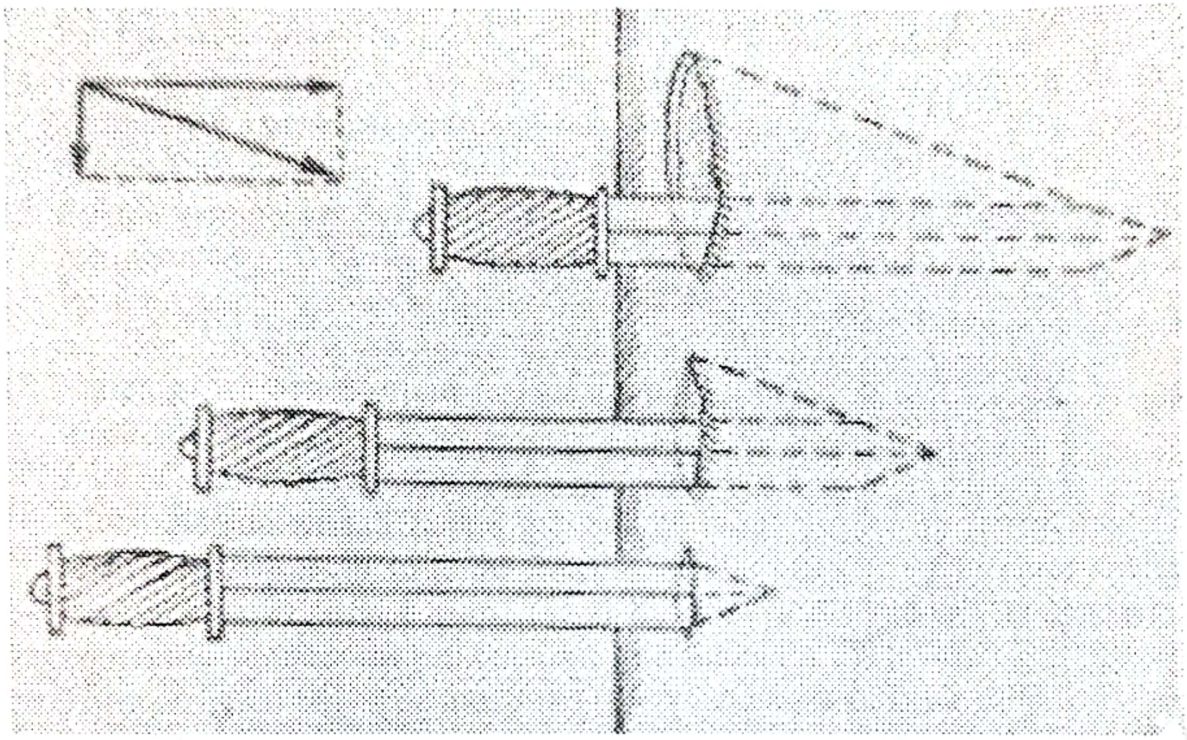

Fig. 15. *Evaluarea dimensiunilor în lățime a unui cuțit funcție de dimensiunile plăgii pe tegumente*

Dimensiunile în lungime ale cuțitului se apreciază prin aceea că dimensiunile canalului plagii corespund, de regulă, dimensiunilor minime în lungime ale unui cuțit, acesta, de regulă, nepenetrând în totalitate. Există în estimarea în lungime a dimensiunilor obiectului şi o excepție ca atunci când lovirea în abdomen, cu retracția reflexă a pereților abdominali, un cuțit de o anumită lungime (exemplu 10 cm) ar putea realiza aparent, prin măsurarea după moarte, un traiect de 12 cm. (fig. 16)

Scanned with OKEN Scanner

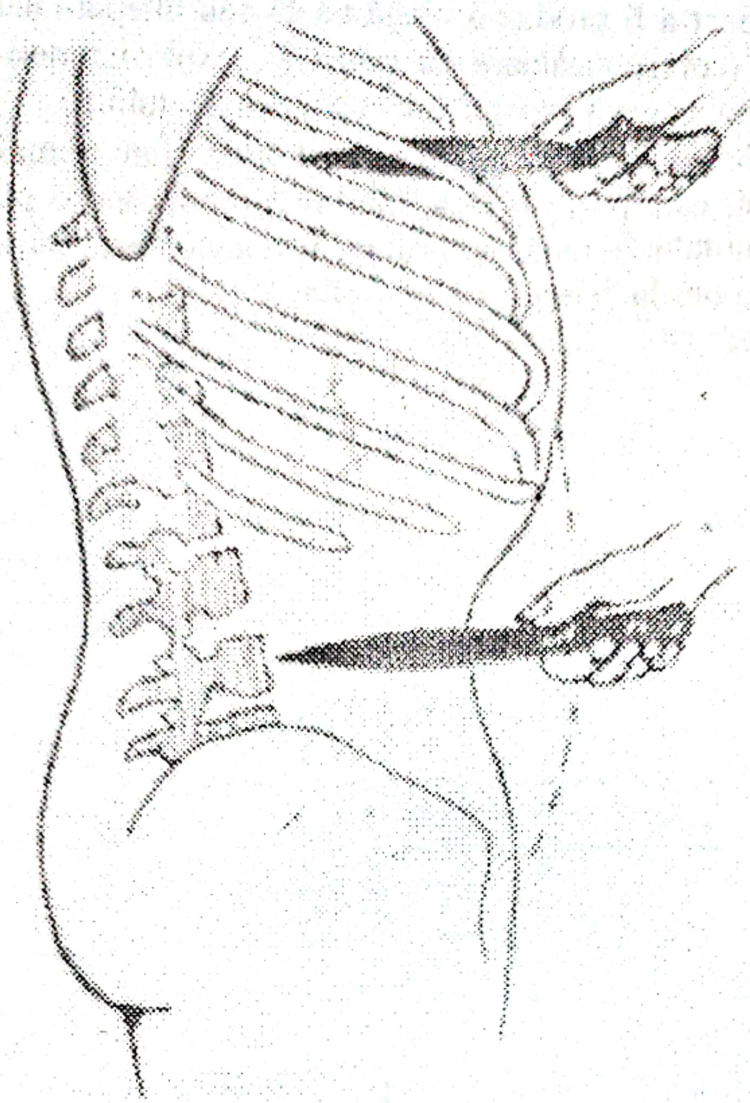

Fig. 16. *Evaluarea dimensiunilor în lungime a unui cuțit*

În acest mod, din multitudinea de arme albe responsabile de producerea unei plăgi, juristul reține pe acela sau pe acelea apte a le produce.

9. Cauza (etiologia) leziunilor ca fiind produse prin arme albe nu poate fi confundată cu alte tipuri de leziuni prin alți agenți vulneranți, dacă se respectă riguros semiologia descrierii sale.
10. Numărul leziunilor ca fiind produse cu același obiect tăios sau cu obiecte diferite obligă la individualizarea fiecărei răni printr-o descriere proprie, precum și la aprecierea dimensiunilor obiectului din explorarea plăgilor, pentru a conchide dacă rănile au fost posibil a fi produse cu un același obiect sau cu obiecte diferite și a dezlega astfel autoratul sau coautoratul la infracțiune.
11. Succesiunea leziunilor în timp se deduce, cu relativitate, din gravitatea lor, dar mai ales din caracterul lor vital sau postvital, când unele ar fi fost produse după moarte.
12. Mecanismul de producere a leziunilor implică frecvent lovirea activă. Pretinsa cădere într-un obiect tăios trebuie luată cu mare cautiune și de la caz la caz, deoarece, o plagă, mai ales penetrantă, responsabilă de moarte,

Scanned with OKEN Scanner

necesită o fixare prealabilă a obiectului în care se cade sau se împinge corpul, iar în cazul căderii victimei în cuțitul pe care îl avea în mână, acesta de obicei fuge şi nu are aptitudinea de a penetra. În majoritatea cazurilor în care s-a invocat o astfel de cădere au fost, în realitate, loviri active.

13. Legătura cauzală dintre lovire şi deces se rezolvă după regulile generale anterior expuse (moarte primară prin consecințe imediate ale leziunii şi secundară prin complicații ale lor). Problema unor stări patologice prealabile, care să influențeze cauzal gravitatea plăgilor tăiate nu are relevanță expertală.

Privind ***subiectul infracțiuni***

14. Identificarea autorului se face frecvent după leziunile în apărare lăsate de victimă pe corpul său (plăgi muşcate, excoriații produse prin mijloace contondente sau plăgi produse prin alți agenți vulneranți).
15. Relația victimă-agresor şi direcția de lovire se rezolvă după regulile generale menționate.
16. Posibilitatea efectuării unor reacții supravitale este constant posibilă în astfel de plăgi, funcție de gravitatea lor.
17. Starea psihică a autorului față de fapta sa implică o expertiză psihiatrico-legală.

Latura subiectivă a infracțiunii implică investigarea

18. Mobilului infracțiunii dedus din multitudinea plăgilor şi starea mintală a autorului. Astfel un psihotic epileptic sau schizofren va produce multiple leziuni, atât în timpul vieții cât şi după moarte ("omoară un cadavru"), consecutiv unui raptus psihotic urmat de automatismul lovirii.
19. Forma medico-legală de moarte se rezolvă după următoarele criterii:

- plăgile tăiate palmare au o hermeneutică (semnificație) de prindere a cuțitului în apărare şi pledează pentru omor;
- plăgile tăiate ape părților dorsale a mâinilor semnifică acoperirea feței şi se produc de asemenea în omor;
- plăgile orizontale ale gâtului, mai profunde într-o parte şi mai efilate la capătul terminal, după cum victima este dreptaci sau stângaci, atestă sinuciderea. De asemenea, pledează pentru sinucidere multitudinea încercărilor (prin evidențierea unor plăgi superficiale), fapt ce trădează dezangajarea psihică progresivă a subiectului față de vătămarea sa proprie;
- plăgile neregulate ca dispoziție ale gâtului pledează pentru omucidere.

Sinuciderea prin arme albe va fi demonstrată de:

- antecedentele depresive şi tentativele de suicid din antecedentele subiectului;
- actele preparatorii efectuate de victimă şi constatate la fața locului (descheierea hainelor, sinuciderea în oglindă, lăsarea unei scrisori etc.);
- accesibilitatea victimei la rană. De regulă, plăgile autoagresive se localizează în zone accesibile victimei (față, gât, regiune precordială, abdomen) şi excepțional, prin manopere special efectuate, în zone inaccesibile;

Scanned with OKEN Scanner

- multitudinea plăgilor tăiate, localizate în aceeaşi regiune (precordială, gât) atestă sinuciderea; (fig. 17)

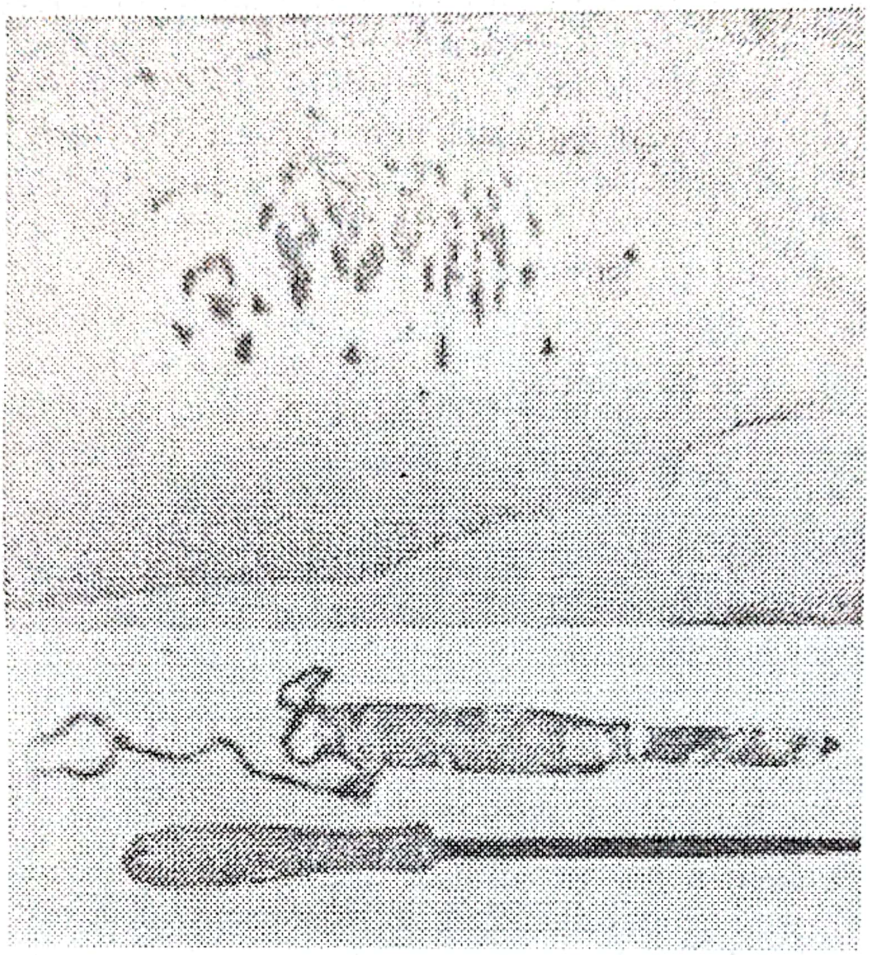

Fig. 17. *Sinucidere precordială*

- existența unor leziuni de ezitare manifestate prin multiple leziuni superficiale (leziuni sentinelă) ce înconjoară o leziune letală este de asemenea caracteristică autoagresiunii;
- profunzimea plăgilor nu este totdeauna un argument de excludere a sinuciderii;
- abandonarea unui mod de suicid şi recurgerea la un alt mod (fiind cunoscută utilizarea succesivă a 4-5 modalități de suicid) nu exclude suicidul, dacă gravitatea modalităților inițiale este compatibilă cu realizarea celor ulterioare.

Omorul prin arme albe va rezulta din argumente per a contrario suicidului prin astfel de arme. (fig. 18, 19, 20)

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 18. *Crimă prin arme albe*

Fig. 19. *Crimă disimulată prin suicid*

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 20. *Forma rănii în crima disimulată prin suicid*

Accidentele prin arme albe, cum s-a menționat, trebuie tratate expertal de la caz la caz, deci cu multă cauțiune. Corelarea examenului la fața locului cu leziunea este utilă în atari situații. (fig. 21)

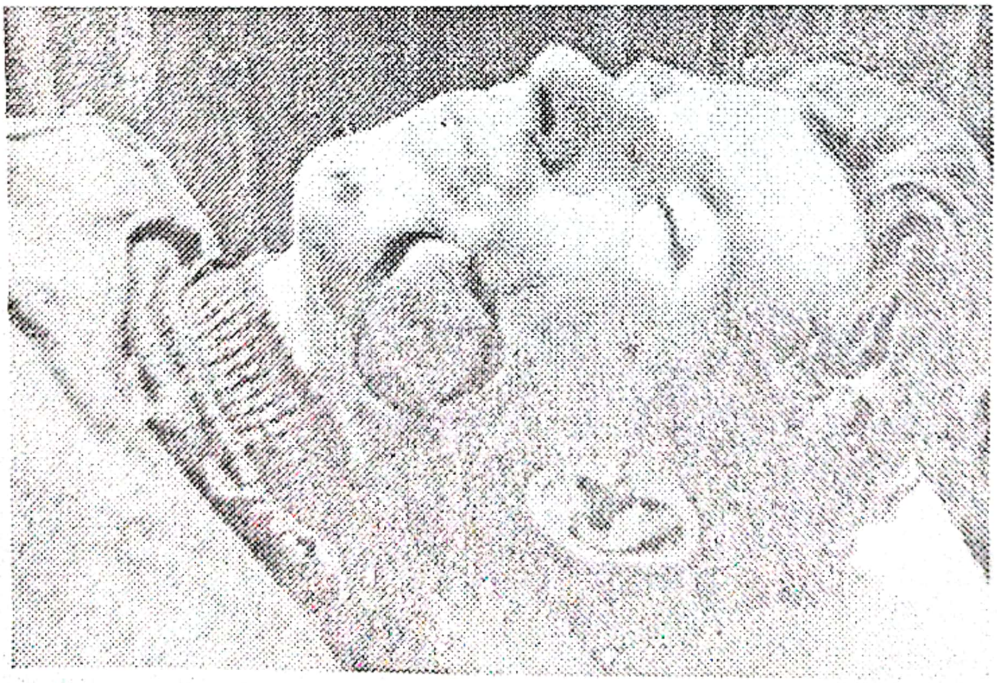

Fig. 21. *Cădere pe un ciob de sticlă*

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VI

MEDICINA LEGALĂ A ACCIDENTELOR PRIN TRAFIC

Accidentele de trafic se produc prin autovehicule, tren şi avion.

Automobilul nu are nici 100 ani de când este inventat şi a produs până acum peste 25 milioane de victime iar, dacă azi, pe plan mondial, se produc circa 500000 decese pe an, în anul 2000 (estimează o comisie internațională de experți) se vor produce 1 milion pe an.

În relația om-vehicul-stradă rolul major în accidentare îl deține omul, astfel că, la 1 miliard de km parcurşi se produc 42 decese prin autovehicule, 6 prin avion şi 1 prin tren. La 2 minute se produce o coliziune iar riscul de accidentare creşte cu 5% pe an.

Accidentul prin trafic tinde să inverseze raportul dintre boală şi violență, cât timp morțile prin trafic reprezintă a treia cauză de deces iar la tineri prima cauză.

Omul, cum s-a spus, este responsabil de accidentele de trafic în 80% cazuri. De aici afirmația că "accidentul nu este accidental", deci are nişte cauze ce pot fi cunoscute şi prevenite, astfel ca să desmințim butada după care "mai uşor modifici strada şi vehiculul decât comportamentul omului la volan".

Accidentele sunt mai frecvente seara şi noaptea (prin adaptarea dificilă a vederii la întuneric), fapt ce face ca 1 km parcurs noaptea să fie de două ori mai periculos decât 1 km parcurs ziua. Ele sunt mai frecvente sâmbăta şi duminica, frecvență pusă pe creşterea densității traficului şi pe consumul de alcool.

Din cele de mai sus decurge paradigma după care nu există reguli de prevenire a accidentului, singura regulă fiind a lăsa totdeauna o margine de siguranță, pentru a infirma astfel că "tăria unui lanț depinde de cea mai slabă dintre zale", că deci maximum de exigență corespunde la minimum de garanții. Deci şi acolo unde se invocă hazardul, se găseşte, de regulă, o greşeală umană, de unde validitatea celor 10 criterii de supraviețuire pe şosele: exigență la eliberarea permiselor de utilizare a drumului public, educația rutieră, buna reflectivitate (a conduce cu viteza cu care este stăpân pe reflexele proprii), evitarea consumului de alcool, evitarea vidului terapeutic printr-o asistență promptă pe şosele, utilizarea centurilor de siguranță (ce evita a doua coliziune a ocupanților cu interiorul vehiculului), evitarea găuririi optice în conducerea

Scanned with OKEN Scanner

nocturnă unde "vederea este viață", nerelaxarea vigilenței în conducerea pe autostrăzi etc.

În rezolvarea unui accident de trafic, ***obiectul*** infracțiunii este afirmat de următoarele elemente expertale:

1. Realitatea accidentului este demonstrată de leziunile caracteristice produse prin trafic, funcție de vehicul.

   În acest sens, de ajutor este:

- cercetarea corespondenței leziunilor cu tipul de vehicul, așa cum se va vedea la mecanismul lor de producere;
- căutarea leziunilor tip amprentă de pe hainele sau corpul victimei (urme de pneu, far, radiator etc.) (fig. 22)

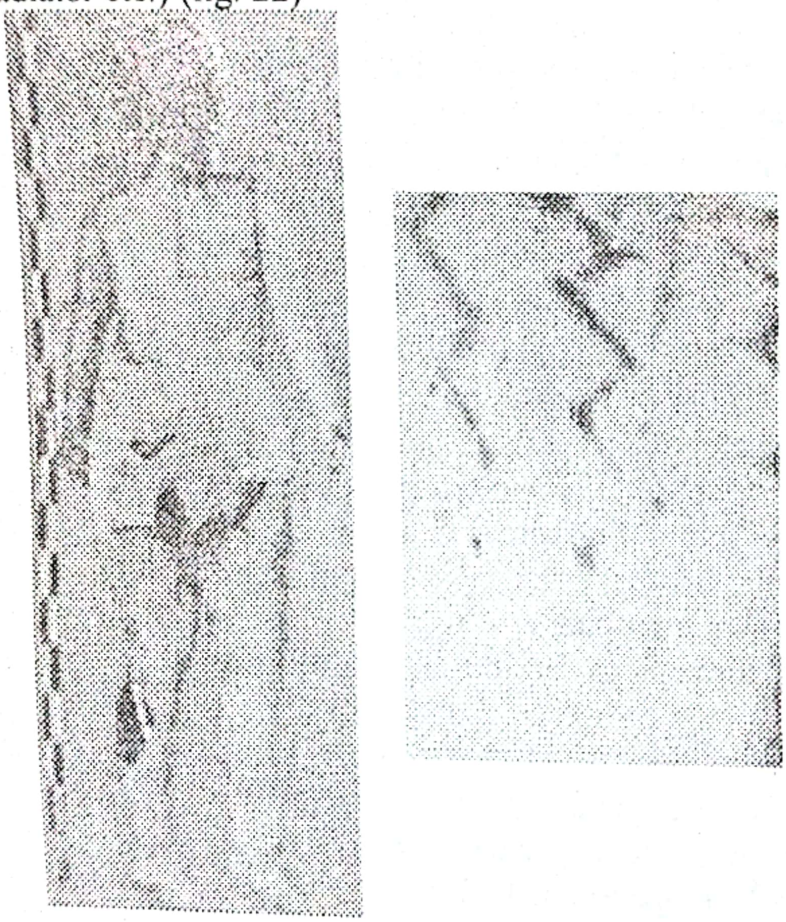

Fig. 22. *Leziuni amprentă de pneu*

- căutarea și identificarea urmelor biologice de pe vehiculele suspecte (sânge, păr, țesuturi umane etc.) ce se vor diferenția de urmele biologice ale altor specii invocate a fi lovite pe parcurs;
- constatarea modificărilor vehiculului concordante cu leziunile de pe cadavru, cum ar fi deformarea barei din față concordantă cu fractura gambelor victimei, a capotei concordant cu leziunile șoldului, abdomenului sau toracelui și deformarea (spargerea) parbrizului concordantă cu leziunile craniene ale victimei.

2. Felul morții este totdeauna violentă. Este posibil ca o moarte pe șosele, la un pieton, să survină și datorită unei cauze patologice și eventual călcarea să

Scanned with OKEN Scanner

aibă loc după moarte, dar, leziunile patologice şi lipsa reacţiilor vitale de călcare, tranşează problema în favoarea unei morţi patologice.

3. Cauza morţii în accidentele de trafic poate fi:

- imediată (la locul faptei) prin traumatisme grave ce interesează organele vitale;
- mediată (de regulă, în spital) prin leziuni pimare sau secundare lor, ca de exemplu complicaţii septice sau de altă natură;
- tardivă, cum ar fi, de exemplu, producerea unei leziuni anevrismale pe un vas oarecare, ce apoi, la un efort banal se rupe şi produce moartea printr-o hemoragie internă;
- nu sunt excluse şi alte cauze de moarte cum ar fi asfixia cu oxid de cărbune când evacuarea gazelor este blocată de zăpadă, apă, etc., înecul prin răsturnarea vehiculului în apă, asfixia mecanică prin comprimarea toracelui şi abdomenului sub vehiculul răsturnat, carbonizarea când vehiculul a luat foc şi ocupanţii comoţionaţi nu se pot salva, sau, deseori, moartea subită la volan cu producerea secundară inevitabilă a accidentului prin pierderea controlului vehiculului.

4. Data producerii leziunilor se rezolvă după regulile generale cunoscute
5. Data producerii morţii, de asemenea,
6. Gravitatea leziunilor rezultă dintr-o inventariere corectă a lor, dar în trafic se reţine gravitatea leziunilor axiale ale corpului (zonele negre lezionale) ce privesc capul, rachisul, mediastinul etc. Gravitatea leziunilor este dată astfel de leziunile craniocerebrale, de leziunile joncţiunii cranio-spinale, prin hiperextensie şi hiperflexie bruscă, de ruptura corpului calos prin forfecare (gliding), de strivirea măduvei spinării prin intermediul ligamntelor galbene, de ruputurile de bronşii şi pulmon cu pneumotorax mediastinal, de ruptura cordului şi a vaselor mari de la bază, de dezinserţiile intestinale cu necroze secundare, decolări de placentă la femeile gravide etc.

- Ocupantul din dreapta va suferi leziuni orocraniene şi ale laringelui, ale cordului şi leziuni de ghilotină (de secţiune a vaselor gâtului prin parbrizul spart şi prin ejecţia sa din vehicul);

- Ocupanţii din spate suferă leziuni cranio-cerebrale mult mai grave în cazul ejecţiei din vehicul;

- Conducătorul suferă leziuni toracice grave mai ales de explozie a cordului comprimat între volan şi coloana vertebrală. (fig. 23, 24)

Scanned with OKEN Scanner

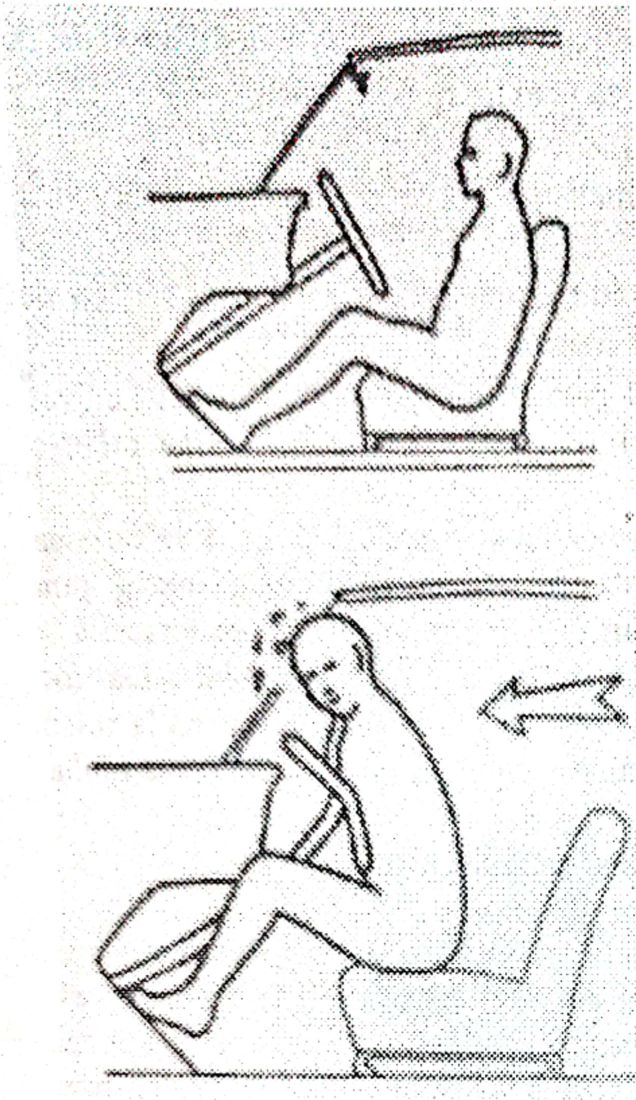

Fig. 23. *Modul de lezare al conducătorului de vehicul*

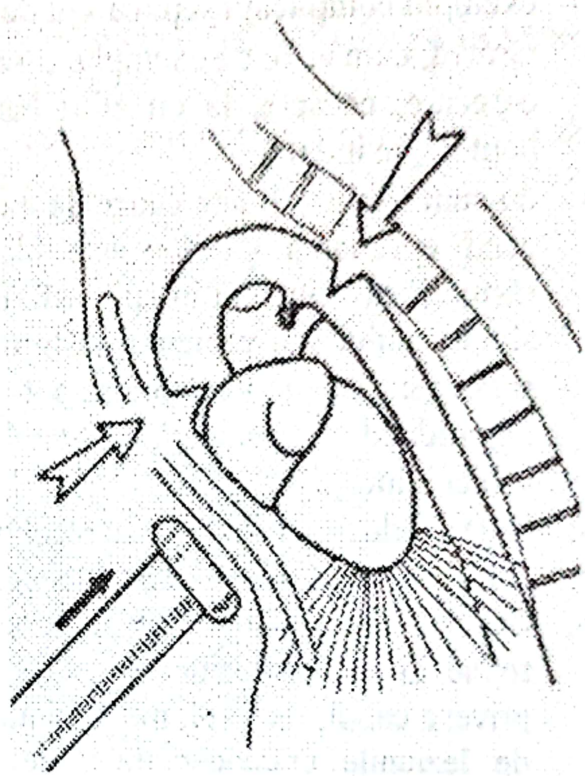

Fig. 24. *Comprimarea cordului între volan şi coloana vertebrală*

Gravitatea leziunilor la pietoni va fi dată de călcarea lor, de proiectarea de caldarâm la viteze mari, de comprimarea între un vehicul şi o suprafață dură etc., în toate circumstanțele producându-se, de regulă, leziuni grave.

7. Caracterul vital ale leziunilor este de asemenea important având în vedere călcările succesive ale corpului de către mai multe vehicule şi când cele din urmă pot lovi după moarte, sau, în accidentele de tren, lipsa reacțiilor vitale în morțile fulgerătoare (exemplu, în decapitare ca poziție preferată de suicid) şi când ele trebuie căutate mai ales în subintima vaselor secționate şi prin metode tehnice de laborator speciale (metode histochimice). Tot astfel în disimularea altor omoruri prin plasarea cadavrelor pe şosea sau pe calea ferată, distincția leziunilor vitale de omor prin alți agenți vulneranți (obiecte contodente, arme albe, împuşcare etc.) de modificările postmortale produse de călcarea de autovehicule sau de tren, este esențială.

În privința ***laturii obiective*** ne rețin atenția următoarele probleme:

8. Identificarea obiectului (vehiculului) ce a lovit, se face:

- prin caracterul tipic de lezare în doi sau trei timpi al victimei (la autovehicule mici, adultul este lovit la membrele inferioare, basculat cu corpul pe capotă şi

Scanned with OKEN Scanner

în timpul trei aruncat la exterior iar la autocamioane şi copii leziunile se vor produce doar în doi timpi: lovire urmată de proiectare (va lipsi basculareа). Aceste leziuni vor fi corelate cu deformările vehiculului suspect, pentru a se stabili concordanța lor;

- prin cercetarea urmelor de țesuturi umane rămase pe vehiculul suspect şi a deformărilor vehicului suspect;
- în accidente de tren rămân pe cadavru sau pe fragmentele de cadavru urme de uleiuri, funingine, pietriş etc.

9. Cauza leziunilor se confundă cu cauza accidentelor care sunt foarte ample de la starea psihică a conducătorului sau pietonului până la bolile grave ce contraindicau utilizarea unui vehicul pe drumuri publice:

- vârsta este o cauză de vătămare datorită "gustului pentru risc" la tineri, deci temerității cu lipsa anticipării consecințelor, lipsei de experiența şi a simțului de răspundere dat de familie etc. De aceea, la atari vârste, curajul trebuie să fie o formă a bunului simț;
- personalitatea, ştiut fiind că omul conduce aşa cum trăieşte, deci vehiculul, cutie de rezonanță a propriului psihic, spală inhibițiile, modifică conştiința limitelor proprii, conducerea putând deveni o sursă de abuz prin dispariția limitelor dintre forța vehicului şi forța mijloacelor naturale ale omului (omul care prin forța muşchilor săi are doar 0,7 cai putere, când deține cu uşurință o forța mult mai mare, îşi exacerbează instinctele sale ancestrale de putere şi devine o sursă de abuz);
- reacțiile afective ale femeilor pot fi uneori la originea accidentelor;
- oboseala exogenă generată de monotonia drumului şi de murmurul motorului sau de intoxicația cronică cu CO, ori oboseala endogenă generată de conducerea excesivă, de oboseala din unele boli ca diabetul sau hepatopatiile cronice, etc. Oboseala asociată cu viteza (aşa cum se întâmplă în timpul sau după consumul de alcool) creşte frecvența erorilor în conducere;
- pierderile de conştiința de scurtă durată la volan, de natură cardiacă, cerebrală, epileptică (mai ales în epilepsiile larvate, în echivalențele şi absențele epileptice ce scapă la examenele de rutină, sau noaptea, când pierderile de conştiința sunt declanşate fotic) generează grave vătămări în accidentele de trafic;
- diabetul ce obligă la tratament pe parcursul conducerii poate genera stări de ameteală, incoordonare a mişcărilor, stări hipoglicemice, cu somnolență, etc.;
- consumul de medicamente pe parcurs, medicamente ce posedă efecte farmacologice secundare de prelungire a timpilor de reație (de lentoare în reflectivitate);
- tulburările de auz care afectează promptitudinea conducerii la priorități, în depăşiri, în sesizarea exploziei unui pneu;
- tulburările de vedere manifestate prin scăderea acuității vizuale (ce se va recupera greu după o obscuritate), prin îngustarea câmpului vizual (care la

Scanned with OKEN Scanner

100 km/h se poate îngusta cu 50% şi vederea laterală e împiedicată), simțul cromatic (confuzia culorilor la daltonişti şi confuzia culorilor produse de unele medicamente ca de exemplu recent, de viagra) ca şi adaptarea retinei la întuneric (şi formarea acelor scotoame ce nu mai permit vederea obstacolelor din față, în conducerea nocturnă).

Toate aceste incompatibilități, din care am menționat pe cele mai frecvente, sunt incluse în baremul Ministrului de Interne şi Ministrului Sănătății privind conducere pe drumuri publice, barem ce trebuie riguros respectat pentru că, altfel, orice clemență în caz de accident se întoarce în mod nociv împotriva celui ce a manifestat clemența.

Nu rareori, când se invocă accidentul ca fiind datorat unor cauze de boală şi astfel autorul a fi exonerat de vreo vină, validitatea de a conduce, evaluată retrospectiv, relevă o astfel de încălcare a normelor privind utilizarea unui vehicul pe drumuri publice.

În accidentele de avion, în 75% din cazuri, acestea se datorează greşelilor de pilotaj dar şi dificultătii de apreciere a distanțelor la aterizare, coliziunilor în zbor la viteze supersonice, sau fenomenului de jivraj ori spargerii parbrizelor de către vulturi, manevrelor brusce în răpiri de avioane iar la decolare, prin sufluri de sucțiune;

10. Numărul leziunilor este uşor de inventariat uneori dar, alteori, leziunile sunt intens distructive, ca în accidentele de tren, unde fragmente de cadavre sunt antrenate pe distanțe mari sau ca în accidentele de avion;
11. În caz de accidente şi leziuni multiple, succesiunea leziunilor se va baza pe intensitatea reacțiilor vitale la primele impacte, pe reducerea lor la impactele succesive şi pe absența lor în călcările după moarte.
12. Mecanismul de producere al leziunilor diferă după cum este vorba de ocupanții unui vehicul şi de pietoni.

- Ocupanții sunt victime a forțelor de decelerație din momentul impactului vehiculului cu un obstacol. În acest caz, un ocupant va suferi trei coliziuni: al vehiculului cu obstacolul, al corpului cu interiorul vehiculului şi al organelor în capsulele lor şi în pereții cavităților organismului cu o forță cinetică dependentă de forța vehiculului din momentul impactului;
- Mecanismul lezional al conducătorului rezidă în lovirea capului de bord sau de parbriz, în comprimarea toracelului de volan şi în lezarea membrelor inferioare blocate pe sistemele de comandă;
- Ocupantul din dreapta este lezat prin ejecția din vehicul prin parbriz sau prin portierele ce se deschid în momentul impactului ca şi prin lovirea capului şi gâtului de bord;
- La ocupanții din spate, leziunile au ca mecanism lovirea în capul celor din față, în scaunele din față sau chiar în bord şi în parbriz;
- La viteze mari, ocupanții ce poartă centuri de siguranță sunt proiectați şi se lovesc în acestea (leziuni prin centură), mai ales la femeile însărcinate (decolări de placentă, rupturi uterine, leziuni ale mezourilor sau a unghiului

Scanned with OKEN Scanner

duodenojejunal, leziuni craniene la făt etc.). De aceea s-a ajuns astăzi de a se vorbi şi de contraindicaţiile relative ale purtării centurii de siguranţă (pentru a evita riscul unor astfel de mecanisme lezionale), aşa cum ar fi hepatomegalia, rinichii transplantaţi, anevrismele de vase mari, cei cu stimulatoare cardiace, femeile cu sarcini mari etc.

- Mecanismele lezionale la pietoni depind de vârsta pietonului şi de tipul de vehicul.

Adulţii loviţi de un autoturism se vor leza în trei timpi: prin lovirea cu bara din faţă la nivelul gambelor, prin bascularea ulterioară pe capotă şi în timpul trei prin proiectarea pe caldarâm. Alteori asistăm la mecanisme de călcare, tamponare, lovire, proiectare şi călcare, etc. (fig. 25, 26)

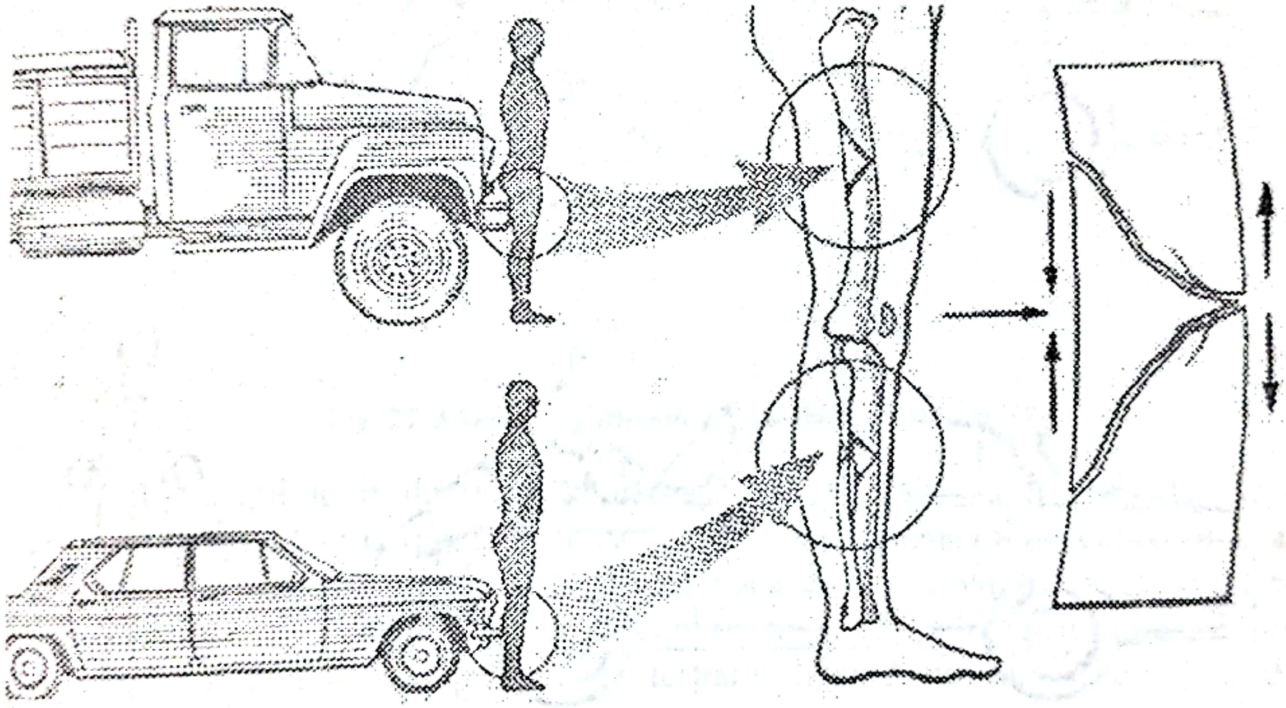

Fig. 25. *Leziuni de prim impact funcţie de tipul de vehicul*

Scanned with OKEN Scanner

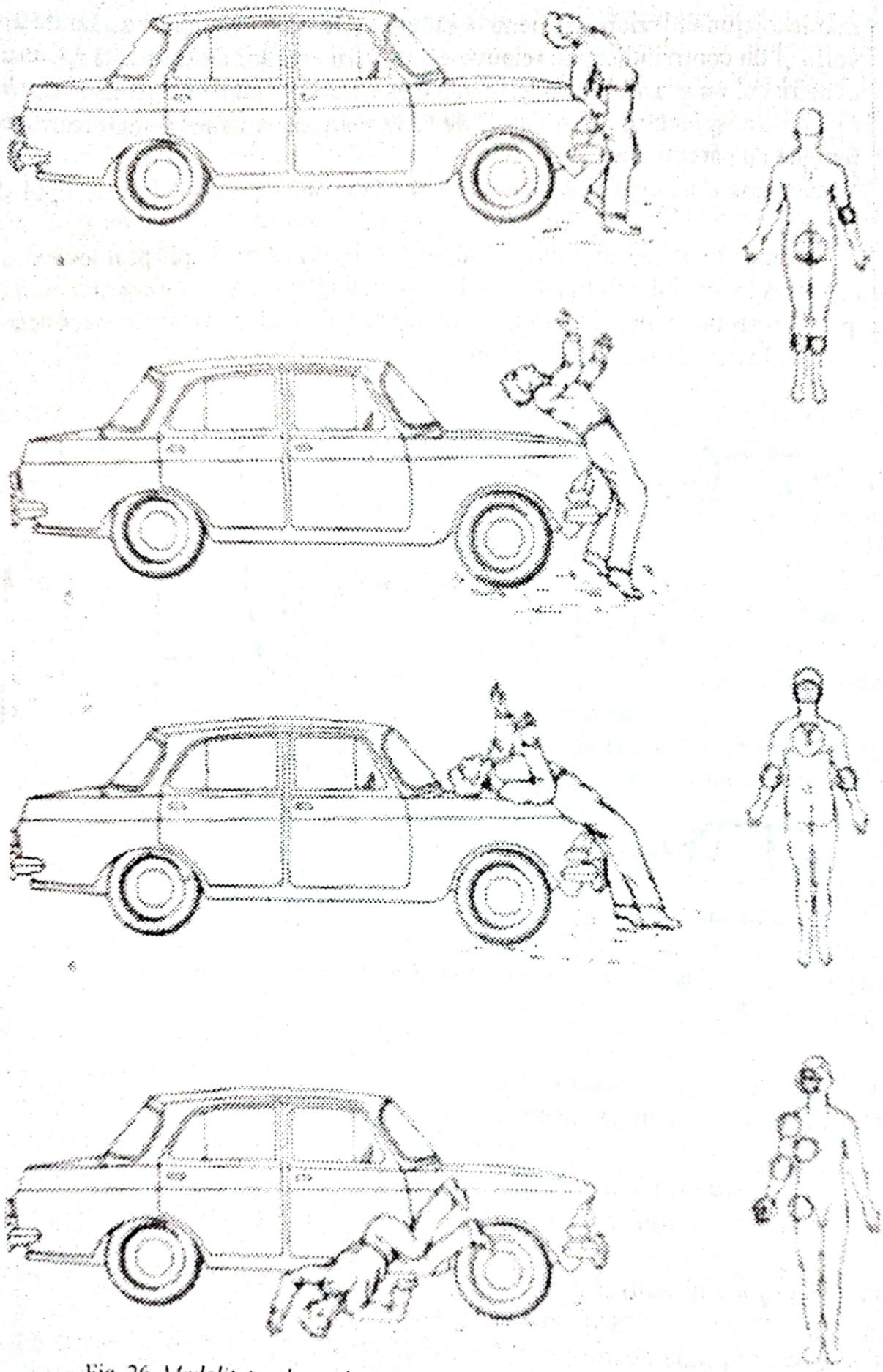

Fig. 26. *Modalitatea de producere a leziunilor primare, secundare şi terţiare*

Scanned with OKEN Scanner

Adultul lovit de un autocamion sau un alt vehicul mare va suferi leziuni de lovire şi proiectare, eventual lovire - proiectare - târâre, lovire şi călcare etc. (fig. 27)

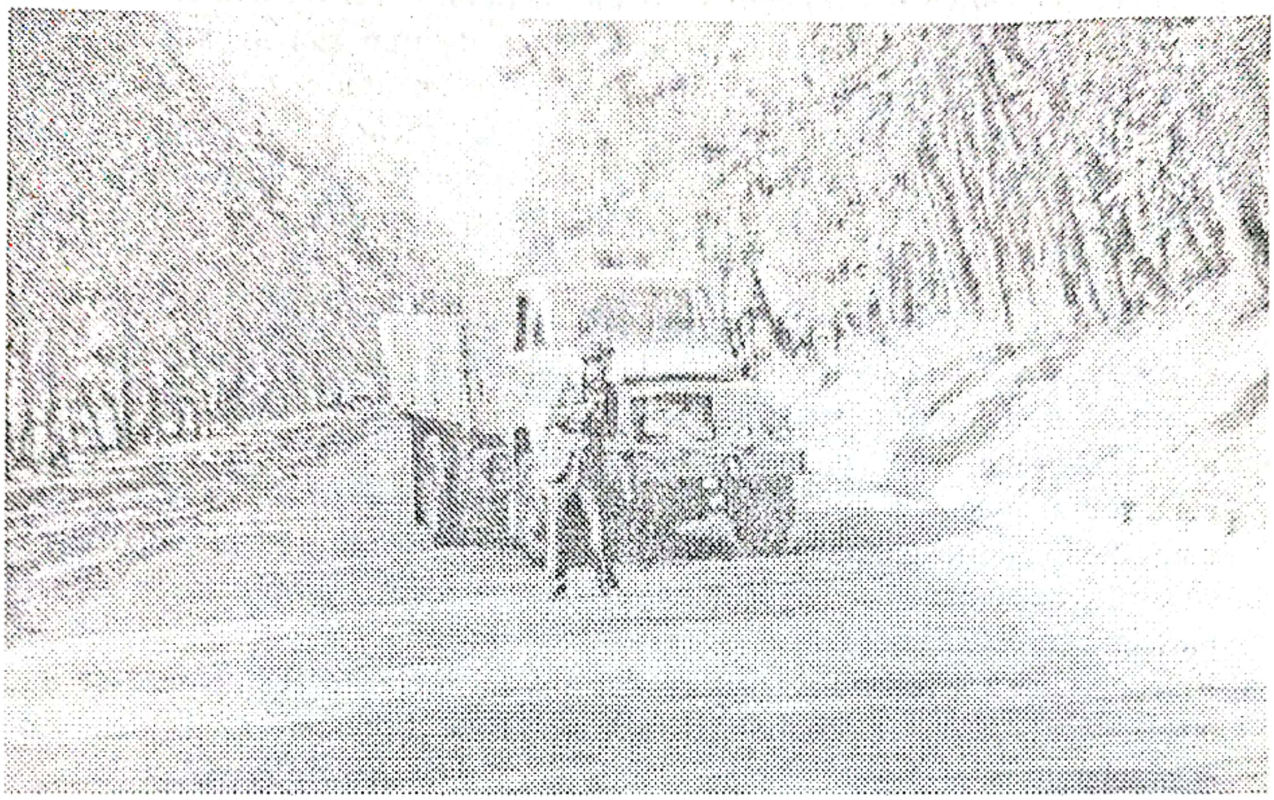

Fig. 27. *Modalităţi lezionale printr-un vehicul mare*

Un copil lovit de un autoturism, faţă de adult, va fi lovit deasupra centrului de greutate corporală, motiv pentru care, mecanismul recunoaşte doar două etape, de lovire şi proiectare. Deci dacă adultul lovit de un autoturism înregistrează trei secvenţe lezionale (leziuni primare, secundare şi terţiare) copilul va înregistra doar două: primare şi terţiare, lipsind leziunile secundare de basculare. Există calcule speciale ce permit a aprecia viteza vehiculului din distanţa de proiectare a pietonului.

Reconstituirea dinamică a modului de producere a accidentului pleacă de la cunoaşterea acestor mecanisme, de la inventarierea exactă a leziunilor de lovire, basculare şi proiectare sau a celorlalte mecanisme de producere (călcare, târâre etc.) şi de la corelarea acestor leziuni cu deformările vehiculului. Reconstituirea mecanismului aduce date obiective, ştiinţifice privind modul cum s-a produs accidentul, date mai valide uneori decât mărturiile sau decât alte ipoteze invocate de cei interesaţi.

În esenţă, mecanismele de accidentare în trafic reproduc mecanismele de lovire în general, ca fiind directe prin acceleraţie, decelerаţie sau mixte şi indirecte (la distanţă de locul impactului ca de exemplu o fractură de col femural) sau fără impact (leziuni de Whiplash).

13. Legătura de cauzalitate dintre accident şi deces are aceleaşi aspecte ca şi în situaţiile anterioare: cauzalitate directă primară sau secundară, când între

Scanned with OKEN Scanner

accident şi deces nu se interpune nici o condiţie şi cauzalitate indirectă, când între accident şi deces se interpun condiţii ce pot merge până la anihilarea cauzei.

În ceea ce priveşte ***subiectul*** acestei infracţiuni, se cer rezolvate:

- identificarea victimei, mai ales în accidentele de tren sau avion, când se produc leziuni distructive ce împiedică o reconstituire corporală şi o identificare prin portret vorbit şi când se recurge la identificarea dactiloscopică odontologică (odontogramele computerizate, acea aşa numită hartă geografică bucală ce favorizează identificarea în minimum de timp) şi la identificarea genetică;
- identificarea vehiculului pleacă de la constatarea criminalistică a deformărilor şi corelarea acestora cu leziunile de la cadavru precum şi de la constatarea unor resturi biologice umane pe acesta;
- în mod deosebit se solicită uneori, bazat pe leziunile ocupantului decedat şi a celui supravieţuitor, a se stabili cine a condus vehiculul. Specificul leziunilor date de locul ocupanţilor (exemplu: a leziunilor produse de volan sau sistemele de comandă ale vehiculului) clarifică şi această problemă, în scopul partajării corecte a unor culpe.

14. Relaţia victimă - vehicul se deduce din mecanismele de accidentare ce au aptitudinea de a reproduce cât mai fidel modul de producere al accidentului şi astfel partajarea corectă a culpei conducătorului de vehicul şi pietonului;
15. Posibilitatea unor reacţii supravitale este posibilă ca în orice alte tipuri de traumatisme;
16. Angajarea răspunderii conducătorului de vehicol implică deseori şi o examinare psihiatrică şi psihologică, fie prin obţinerea unor permise de către unii bolnavi psihici, fie datorită faptului că o boală psihică a survenit ulterior obţinerii permisului sau un traumatism cranio-cerebral ulterior afectează capacitatea de a conduce.

În aceeaşi măsură, funcţie de cauzele de incompatibilitate medicală de a conduce un vehicul pe drumuri publice, se vor efectua expertize medico-legale indicate de fiecare din aceste cauze.

Responsabilitatea accidentului este implicată şi în consumul de alcool pe care legea îl interzice peste o anumită alcoolemie penală sau "ghilotină" (la noi 1 gr. la litru). Alcoolul consumat pe durata conducerii este nociv deoarece modifică timpii fiziologici de reacţie, îi deprimă, astfel că, la 1‰ ei sunt prelungiţi de la 0,75" (cât e normal) şi această deprimare a reflexelor se dublează cu fiecare creştere a alcoolemiei cu 0,5 gr. ‰. Apoi este nociv pentru faptul că alcoolul conferă subiectului un optimism exagerat în contrast cu aceste modificări fiziologice a timpilor de reacţie, că relaxează spiritul critic şi dă un fals sentiment de securitate, precum şi pentru faptul că perturbă vederea în profunzime, ceea ce constituie un risc major în depăşiri. Creşterea duratei timpilor de reacţie întârzie reflexul de frânare şi consecutiv un obstacol riscă a nu mai putea fi evitat.

Scanned with OKEN Scanner

Responsabilitatea față de accidentul produs prin consum de alcool se stabileşte prin teste de sobrietate:

- Înverzirea alcotestului ca mijloc de triere a celor ce se află sub influența alcoolului, ori de câte ori, bicromatul de potasiu îşi virează culoarea din galben în verde, pe o distanță oarecare;
- dozarea alcoolului în sânge, motiv pentru care, priza de alcool trebuie luată cu o siringă şi un ac ce nu au urme de alcool şi nici tegumentele nu au fost dezinfectate cu alcool, fapt pentru care toate aceste precauții se consemnează într-un proces verbal semnat şi de doi martori;
- alcooluria, ca aceeaşi precauție a nesubstituirii probei;
- examenul clinic de decelare a semnelor clinice de influențare a comportamentalui dată de consumul de alcool (halenă alcoolică, dizartrie, modificări ale reflexelor etc. şi care, de asemenea, se semnează de examinator. Acest examen poate releva starea de ebrietate ca factor agravant, sub nivelul alcoolemiei penale, sau poate rezolva situații incorecte de substituire a probelor sau de erori flagrante de recoltare şi dozare (exemplu recoltare cu instrumente din alcool sau cu reactivi impuri în dozare);
- se utilizează astăzi diferite alcoolmetre pentru dozarea alcoolului din aerul expirat şi înlocuind astfel priza de sânge cu toate incertitudinile ei (după principiul că 2,1 l aer alveolar există atâta alcool cât într-un ml de sânge) precum şi diferiți sensori ce oferă nivelul alcoolemiei din alcoolul evaporat în lichidul lacrimal;
- când autorul a dispărut de la locul accidentului şi priza de sânge s-a făcut după mai mult timp se procedează la calculul în retur al alcoolemiei (în scopul de a afla alcoolemia din momentul accidentului şi nu din momentul prizei de sânge) plecând de la ritmul etiloxidării din organism ca fiind în mod constant de 0,15 gr. pe litru şi pe oră.Numărul de ore dintre accident şi priza de sânge se înmulțeşte cu 0,15 şi rezultatul se adaugă la alcoolemia din momentul prizei, obținându-se alcoolemia din momentul accidentului.

În problema ***laturii subiective*** este de rezolvat problema:

17. Felului morții într-un accident de trafic. În marea majoritate a cazurilor aceste decese se prezintă ca accidente sau chiar catastrofe feroviare ori aviatice, dar nu sunt excluse nici crimele (omorârea intenționată sau din culpă a ocupanților sau pietonilor), precum nici sinuciderile cu ajutorul vehiculului sau prin vehicul (aruncarea în fața vehiculului sau pozițiile preferate de suicid urmate de decapitare sau hemicorporotomie prin tren). (fig. 28)

Scanned with OKEN Scanner

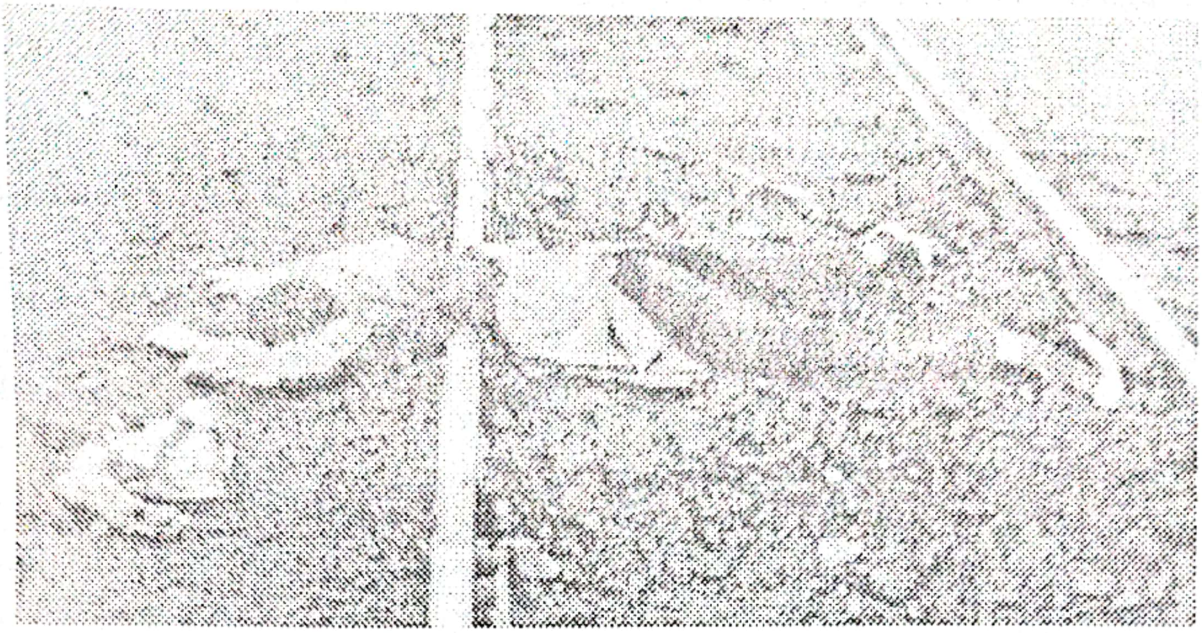

Fig. 28. *Poziție de suicid prin tren*

De asemenea vor trebui rezolvate disimulările de crime prin accidente sau sinucideri în cadrul traficului şi când distingerea dintre alte tipuri de leziuni vitale de cele postmortale produse prin tren va soluționa astfel de cazuri aparent dificile. Se cunosc cazuri de legare a victimei în comă de şinele de cale ferată, peste care, apoi, victima în viață fiind, a trecut trenul.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VII

MEDICINA LEGALĂ A ÎMPUŞCĂRII

Descoperirea armelor artificiale prin inteligența omului, arme ce au depăşit enorm mijloacele naturale de apărare şi atac cu care a fost dotat omul de natură, a crescut riscul agresiunii ce merge astăzi până la riscul unei morți filogenetice. Etologii afirmă că este mai uşor a agresiona un om pe care nu îl cunoşti, aşa cum realizează armele de foc de la distanță. Această violență de la distanță, inventată de om, pune şi dificile probleme practice de soluționare legală a unor cazuri individuale sau colective.

Acțiunea armelor de foc depinde de tipul de armă, dar, pentru fiecare intră în joc, în esență, puterea lor distructivă ce depinde de:

- puterea de penetrație, maximă la proiectilele supersonice şi dependentă de viteza, deci de forța cinetică cu care sunt animate;
- materialul din care glontele este construit şi care, în exterior ca şi în corp, poate suferi deformări;
- unghiul de impact cu care glontele abordează corpul;
- densitatea țesuturilor în care, gloanțe cu viteze de peste 300 m/s şi presiuni de peste 2000 atmosfere, produc adevărate eclatări (explozii) ale organelor cavitare, în deosebi.

În cadrul ***obiectului infracțiunii*** de omor prin arme de foc interesează:

1. Realitatea leziunilor ce exprimând o moarte prin împuşcare. Specificul leziunilor de împuşcare este conferit de acțiunea factorilor primari (glonte şi fragmente din glontele fragmentat) şi de acțiunea factorilor secundari, în împuşările din zona lor de acțiune (pulbere nearsă, pulbere arsă, flacără şi gaze).

Aceste elemente se materializează în leziuni specifice, practic inconfundabile cu alte tipuri de leziuni, aşa cum ar fi orificiul de intrare, orificul de ieşire, canalul glontelui, imaginile de tatuaj propriu-zis sau de tatuaj estompat etc.

2. Felul morții va fi totdeauna violentă. Chiar dacă împuşcarea s-ar interfera cu o boală oarecare, rolul împuşcării în determinismul morții nu va putea fi neglijat.

3. Cauza morții constă în leziuni primare de atingere a organelor vitale sau în leziuni secundare ce complică leziunile primare (cauze primare şi secundare).

4. Data împuşcării beneficiază de aceleaşi reguli generale de stabilire.

5. Data morții, de asemenea.

6. Gravitatea leziunilor se apreciază ca la orice tip de violență şi din aceasta se va deduce, cu valoare contributivă, forma omorului (simplu , calificat, deosebit de grav, din culpă sau cu preterintenție). Ca şi la trafic, în caz de agresiuni cu particupație, când primul calcă sau împuşcă un subiect ce a decedat iar al doilea calcă sau împuşcă un cadavru, calificarea faptei ca faptă putativă sau dacă al doilea, nu ştia că victima decedase, ca tentativă de omor, este de competența juristului. De asemenea, dacă în caz de coautorat unul produce moartea iar altul produce doar o vătămare corporală este competența anchetei a decide coautoratul (pentru că cel de al doilea a diminuat capacitatea de apărare a victimei) sau a califica fapta a doua ca o simplă vătămare corporală.

Dacă autorul doreşte să împuşte pe cineva dar împuşcă un om nevinovat (*aberatio ictus* monoagresivă) sau pe cel urmărit dar şi o persoană nevinovată (*aberatio ictus* biagresivă), de asemenea, fiind vorba de latura subiectivă a infracțiunii, numai juristul are competența de a decide că şi în tentativele perfecte (când acțiunea s-a executat dar moartea nu s-a produs) sau în tentativele relativ improprii (când mijloacele au fost inapte, ca în împşcarea cu gloanțe de cauciuc), deşi pentru jurişti, evaluarea timpului de îngrijiri medicale într-o astfle de situație nu ar avea relevanță deşi relevanța poate consta în gradarea sancțiunii.

Într-un omor calificat prin împuşcare, expertiza va putea dovedi starea de neputință a victimei de a se apăra, punerea în pericol fizic sau psihic a mai multor persoane etc.

În omorul deosebit de grav se vor dovedi cruzimea (împuşcarea cu multiple gloanțe, ciuruirea victimei), omorul a două sau mai multe persoane, a unei femei însărcinate etc. De asmenea, într-o legitimă apărare prin împuşcare se ve dovedi medico-legal aspectul actual al atacului (concomitența leziunilor pentru a exclude răzbunarea), lipsa depăşirii prin apărare (cu excepția lipsei de a avea la îndemână alte mijloace de apărare sau de a i se fi provocat o tulburare sufletească).

În împuşcările din culpă în timpul serviciului se vor oferi elemente probatorii pentru omorul din culpă agravat (prin nerespectarea dispozițiilor legale de exercitare a unei profesiuni) ca şi în unele situații medicale (uitare se comprese în timpul operațiilor, neprezentarea la o urgență sau confuzia medicamentelor şi perfuziilor ce au dus la deces) sau de trafic (omorul în stare de ebrietate a conducătorului de vehicul).

Tot astfel, într-o determinare şi înlesnire a sinuciderii (suicidul prin consens) va fi culpabil supraviețuitorul ce a simulat sinuciderea sau s-a desistat de la ea.

Scanned with OKEN Scanner

7. Caracterul vital al leziunilor este exemplificat în situațiile judiciare mai sus expuse.

În ceea ce privește **latura obiectivă**, ca exprimând, sub aspect judiciar doar acțiunea directă, indirectă și legătura cauzală a condiției *sine qua non*, această latură a infracțiunii poate fi lărgită prin rezolvarea următoarelor probleme:

8. Obiectul cu care s-a produs agresiunea, arma de foc, se identifică după aspectul patognomonic al leziunilor produse de o astfel de armă:

- Glontele (factor primar sau principal) produce un orificiu de intrare care are următoarele caracteristici morfologice:

- are o formă dependentă de distanța de împușcare și unghiul de impact. În împușcările cu țeava lipită de corp, prin efect hidrodinamic (formarea de unde de șoc laterale ce prin intermediul lichidelor sanghine ori tisulare cresc presiunea în organele cavitare sau pline) produc explozii ale acestor organe (creier, ficat de stază, cord în diastolă, stomac plin cu alimente etc.)

În tragerile din apropiere orificiul va avea o formă stelată (gazele pătrund sub tegumente și strivesc retrograd pielea de gura țevii armei). (fig. 29)

Fig. 29. *Orificiu de intrare stelat*

Scanned with OKEN Scanner

În împuşcările de la distanţă orificiul va fi rotund sau ovalar (dacă abordează corpul în unghi de 45 de grade) şi nu rareori neregulat (când a lovit în prealabil un obstacol, s-a deformat şi prin ricoşare atinge corpul).

- orificiul de intrare reprezintă un minus tisular (o pierdere de substanţă tegumentară) deoarece la viteze subsonice el produce o distrugere a pielii a căror fragmente le antrenează pe prima porţiune a canalului iar la viteze supersonice poate produce leziuni distructive de tip blast (ca şi la gloanţele tip Brennek).

- la intrare se întâlneşte apoi fenomenul de resfrângere către interior (către canal) a ţesuturilor din marginea orificiilor (fenomen de inverted);

- diametrul orificiului de intrare este corespunzător diametrului glontelui (uneori mai mic prin retracţia ţesuturilor la cei în viaţă, cum a fost orificiul cervical anterior de la Kenedy de 5 mm diametru faţă de glontele armei lui Oswald ce avea 6,5 mm diametru ?! şi care a fost contestat a fi un orificiu de ieşire) sau alteori mai mare decât glonţul când acesta din urmă a fost deformat în prealabil.

- în jurul orificiului de intrare se găsesc mai multe inele (guleraşe) cum ar fi inelul de contuzie care, prin deshidratare după moarte, se pergamentează şi este astfel expresia contuziei produsă de glonte şi rămasă pe marginea pierderii de substanţă, un inel de ştergere a glontelui de diferite impurităţi de pe armă sau luate prin ricoşare şi un inel de imprimare (de ştanţare) totală sau parţială a gurii ţevii armei pe tegumente, în tragerile cu ţeava lipită de corp. (fig. 30)

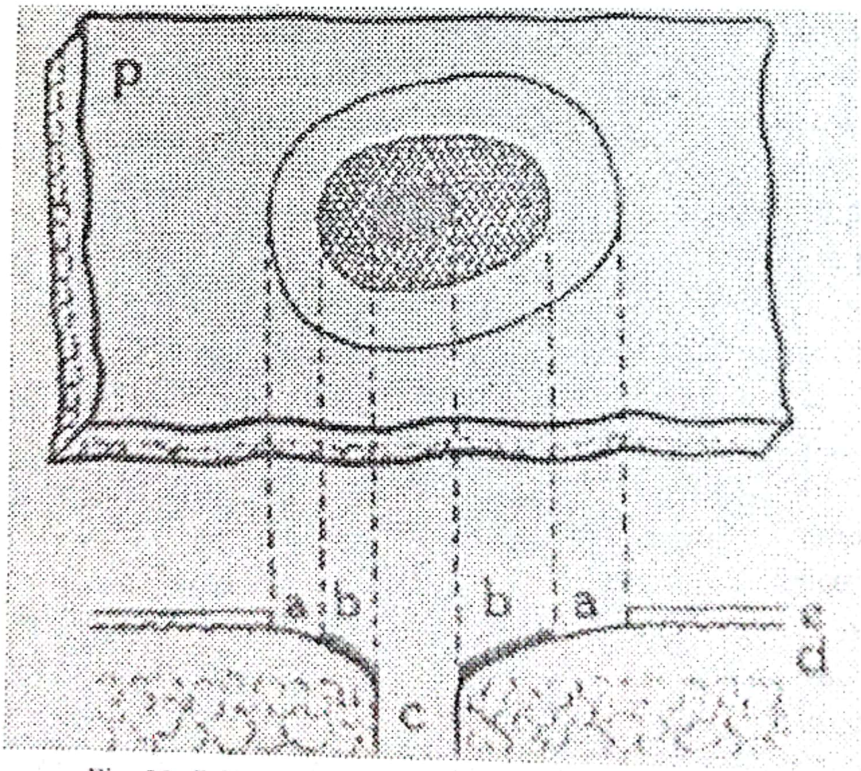

Fig. 30. *Schema inelelor din jurul orificiului de intrare*

- o zonă de tatuaj propriu zis (de pulbere nearsă imprimată în tegumente);
- o zonă de tatuaj estompat în jurul ei (de pulbere arsă sau funingine ce se depune pe tegumente). (fig. 31, 32)

Scanned with OKEN Scanner

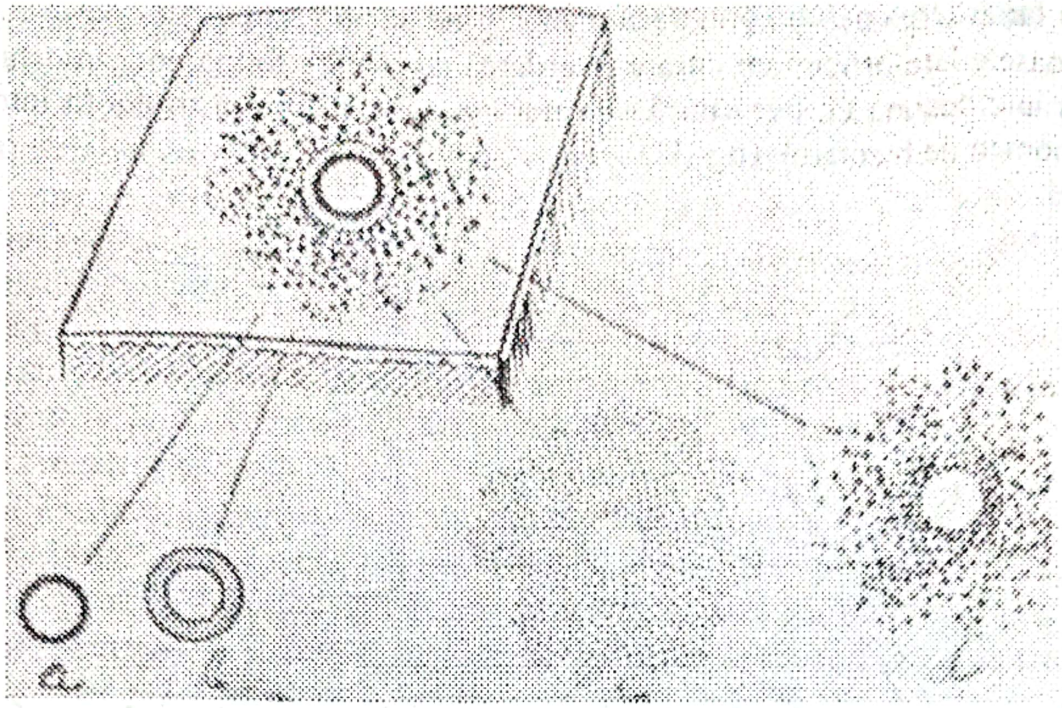

Fig. 31. *Urma factorilor secundari (schematic)*

Fig. 32. *Depunere de pulbere și funingine*

Scanned with OKEN Scanner

- mai rar arderea părului prin flacăra unor arme de tip vechi;
- pe oasele late orficiul de intrare (pierderea de os) are forma unui trunchi de con întotdeauna cu baza mică la intrare şi cu o şlefuire a osului la intrare (fenomen de bizotare); (fig. 33)

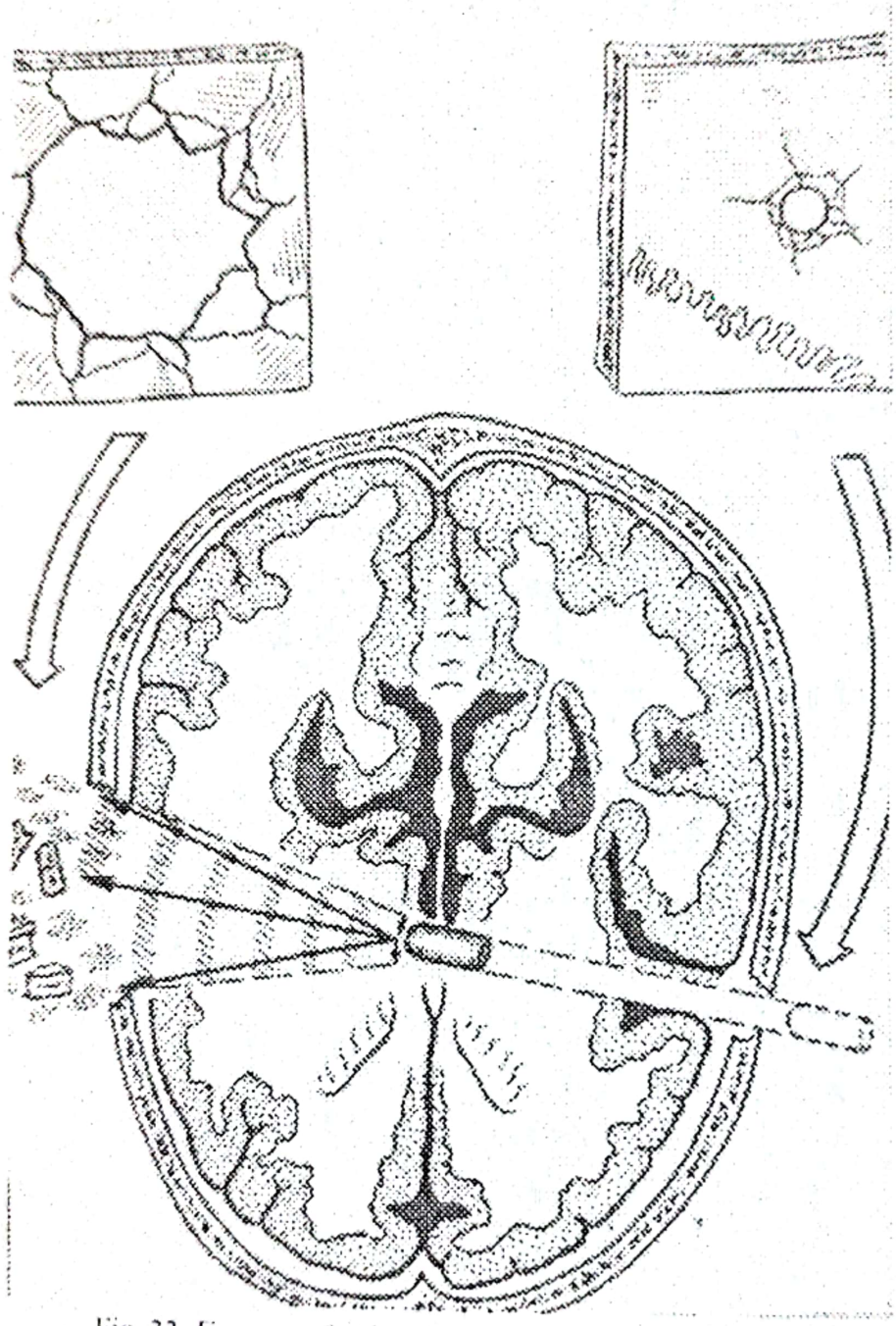

Fig. 33. *Forma orificiilor de intrare şi ieşire pe oase late*

- uneori, în împuşcările cu ţeavă lipită, pulberea arsă sau nearsă se poate depune sub periost (inel Benasi);
- expertul va fi atent deoarece, deseori, orificul de intrare este ascuns (în axilă, nas, sub pleoape, în gură, ca de exemplu în sinuciderile tip banzai a soldaţilor japonezi prin împuşcarea cu ţeava armei lungi introdusă în gură şi manipularea trăgaciului cu degetul mare de la picior);

Scanned with OKEN Scanner

- de asemenea, expertul se poate afla în fața unor orificii multiple, când fiecare va fi descris aparte.

Glontele realizează şi un **orificiu de ieşire** care, *per a contrario*, are **caracteristici morfologice opuse celui celui de intrare**:

- forma sa este mai neregulată, fie pentru că glontele s- deformat în corp întâlnind diferite rezistențe osoase, fie că a antrenat cu el la ieşire diferite eschile osoase;
- la ieşire nu există o pierdere de substanță, deoarece, aici, glontele realizează o simplă despicare a tegumentelor către exterior (fenomen de everted);
- evident, prin toate cele de mai sus, diametrul orificiului la ieşire va fi mai mare decât cel al glontelui;
- în jurul orificiului de ieşire nu există inelele întâlnite la orificiul de intrare decât dacă excepțional, la ieşire glontele ar strivi tegumentele pe o suprafață dură, cum ar fi corpul lipit de un scaun (sinuciderea generalului Milea);
- de asemenea, la ieşire vor lipsi urmele factorilor secundari (zone de tatuaj);
- pe oase, la ieşire, glontele produce o pierdere de os în trunchi de con cu baza mare la ieşire;
- expertul va fi deseori în situația de a constata mai multe orificii de ieşire fie când glontele s-a fragmentat în corp, fie când a fost o împuşcare cu multiple gloanțe;
- uneori glontele este reținut în corp (plăgi oarbe) şi lipseşte un orificiu de ieşire.

Examene speciale de laborator şi balistică confirmă trăsăturile morfologice de mai sus aşa cum ar fi microscopia în baleiaj pentru determinarea formai pulberii , reacțiile chimice cu brucină şi difenil amină pentru nitrații din pulbere (reacția Castelanos-Plasencia), examenele radiologice pentru metalele din gloanțele restante în corp, activitatea cu neutroni etc.

Canalul glontelui uneşte cele două orificii şi poate fi direct sau deviat, sub influența unor forțe cinetice reduse ale glontelui, a devierii prin întâlnirea oaselor sau a devierilor de către curentul sanghin. Aceste devieri devin uneori foarte curioase, ceea ce a făcut să se spiună că un "glonte poate intra prin cap şi ieşi prin călcâi" (m. Minovici). Alții le-au numit gloanțe migratoare sau magice, aşa cum a fost unul din gloanțele trase asupra lui Kenedy ce a produs 6 orificii şi canale (4 in torace şi mâna lui Kenedy) şi 2 în coapsa lui Johnson.

În împuşcările cu arme de vânătoare se vor întâlni următoarele aspecte morfologice ce confirmă obiectul cu care s-a realizat agresiunea ca fiind o astfel de armă;

- în împuşcările de la o distanță sub 50 de cm., alicele acționează în bloc şi produc un orificu mare, neregulat, datorită lipsei lor de dispersie;

- în împuşcările între 50 de cm şi 2 m, alicele periferice încep să se disperseze, deşi cele centrale acționează încă în bloc, fapt ce produce un orificu

Scanned with OKEN Scanner

central mai mare şi multiple orifcii în jurul lui, de dimensiuni mai mici, datorită alicelor ce s-au dispersat. (fig. 34)

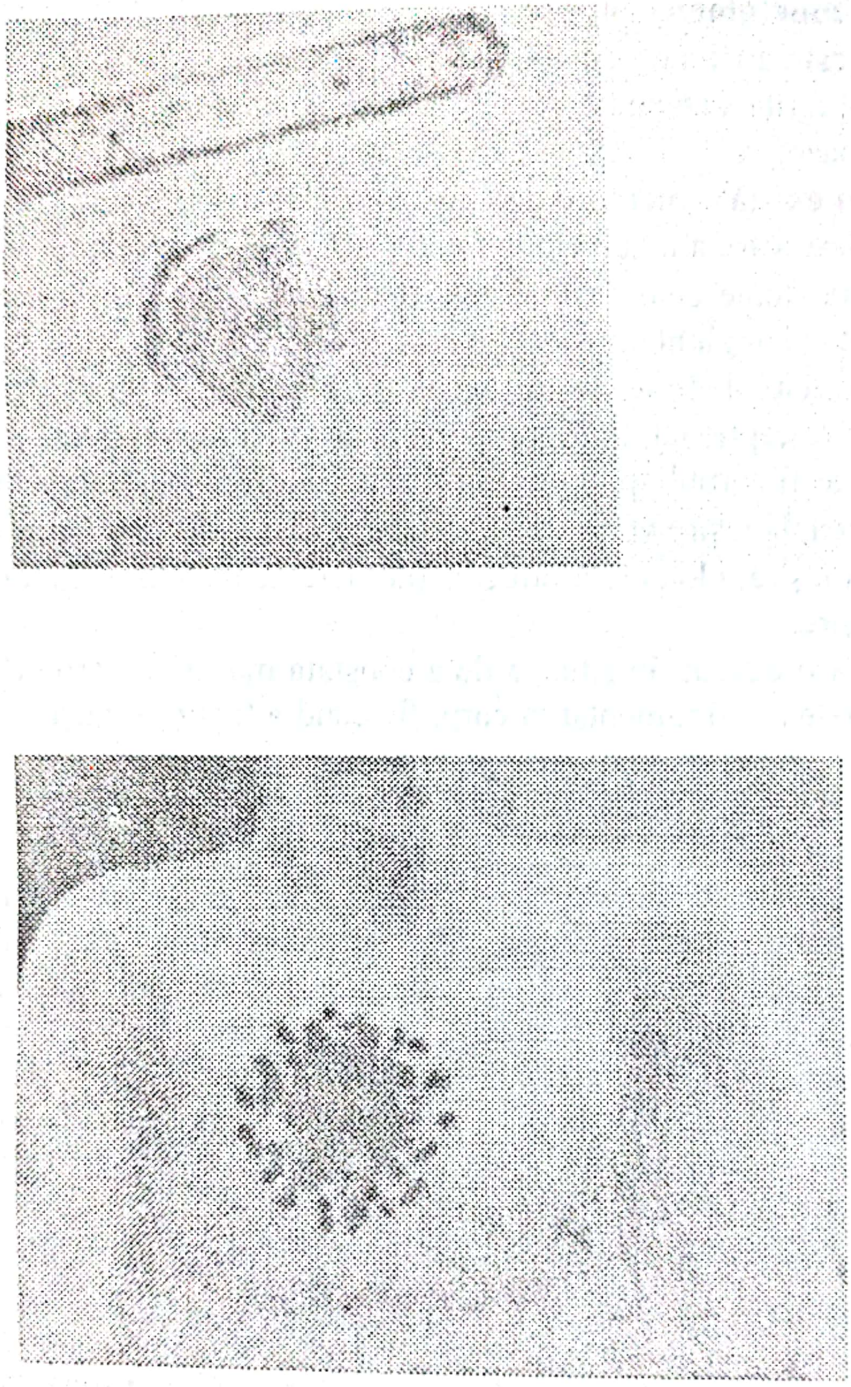

Fig. 34 *Împuşcarea cu alice sub 50 cm distanţă (sus) şi sub 2m (jos)*

- peste 2 m distanţă de împuşcare, toate alicele se dispersează şi produc orificii multiple, distanţate între ele pe o suprafaţă mai mare sau mai mică, funcţie de distanţa de împuşcare, astfel că, în împuşcarea de la o distanţă de 50 de m, alicele se vor dispersa pe o suprafaţă de $1 m^2$.

9. Cauza leziunilor se deduce cu uşurinţă din elementele morfologice de mai sus. O plagă prin împuşcare de la distanţa (din afara zonei de acţiune a factorilor secundari) s-ar putea confunda doar cu o plagă înţepată.

Scanned with OKEN Scanner

10. Numărul leziunilor obligă la distingerea faptului dacă mai multe orificii au fost realizate de aceeaşi armă (arme cu descărcare automată) sau de arme diferite. Sunt situaţii de excepţie, la astfel de arme, ca mai multe gloanţe (până la 5 într-un caz întâlnit) să realizeze un singur orificiu de intrare şi evident mai multe de ieşire.

11. Succesiunea leziunilor se apreciază după intensitatea reacţiilor vitale la nivelul leziunilor şi eventual după traectele de fractură ce ar putea pleca de la fracturile orificiale produse de glonte. Succesiunea leziunilor se va putea afirma, când victima a mai supravieţuit, şi pe baza evoluţiei în timp a leziunilor, de la leziunea primară (produsă de glonte) la cea secundară (complicată) sau terţiară (cicatrizată). În unele tipuri de sinucideri se poate recurge la împuşcare urmată de exemplu, de o intoxicaţie sau invers, dar utilizarea HCN ce produce, de regulă, moarte instantanee urmată de împuşcare nu este posibilă.

12. Mecanismul de producere a leziunilor ne obligă a evalua distanţa de la care a avut loc împuşcarea, distanţată ce poate fi:

- cu ţeava lipită de corp când se produce efectul hidrodinamic de explozie (la viteze ale glontelui peste 300 m/sec), iar factorii secundari pătrund în totalitate prin aşa-zisul canal de împuşcare (deoarece se reconstituie cu greutate);
- împuşcarea de la o distanţă din care rămâne urma factorilor secundari (împuşcare din interiorul zonei de acţiune a factorilor secundari), când aceştia rămân sub forma tatuajelor menţionate, în jurul orificiului de intrare. De regulă, aceşti factori rămân pe haine sau pe tegumente în împuşcările de la distanţă egală cu leziunea ţevii armei, cu excepţia unor situaţii de disimulare (manipulare de la distanţă a trăgaciului prin intermediul unei sfori, de exemplu);
- împuşcarea de la distanţă, dinafara zonei de acţiune a factorilor secundari, când aceştia lipsesc în jurul orificiului de intrare.

Pentru aflarea cu precizie a distanţei se poate recurge la un experiment balistic.

La armele de vânătoare, distanţa de împuşcare se va evalua după datele expertale expuse la obiectul infracţiunii.

13. Legătura de cauzalitate se va rezolva după regulele generale expuse.

În ceea ce priveşte ***subiectul infracţiunii*** ne va reţine atenţia:

14. Identificarea victimei se face după regulele generale expuse.

15. Identificarea armei (când glontele s-a găsit în cadavre sau în jur, prin expertize balistice de tragere experimentală cu arma bănuită sau certă) precum şi identificarea autorului prin cercetarea de laborator a urmelor de pulbere de pe mâna sa, prin găsirea "ciupiturii interdigitale" dintre police şi index explicată prin ieşirea retrogradă a gazelor şi pulberii prin fereastra de ejecţie a armei, ca şi prin alte leziuni eventuale lăsate pe corpul său de victima ce s-a apărat.

16. Relaţia victimă-agresor reliefată prin direcţia de împuşcare urmează regulele generale expuse.

Scanned with OKEN Scanner

17. Posibilitatea unor reacții supravitale există și la împușcare dacă glontele, chiar în împușcările capului, nu interesează zone nervoase vitale (într-o împușcare în cap, o astfel de persoană a mai urcat 9 etaje și a fost găsită decedată în pat).

18. O analiză psihiatrico-legală de evaluare a responsabilității autorului infracțiunii este indicată, după lege, în omorul deosebit de grav sau când organul judiciar are îndoieli asupra integrității sale mintale.

Latura subiectivă a infracțiunii se referă la mobilul și rezultatul acțiunii care capătă relevanță expertală când este vorba de omorul cu motivație patologică a bolnavului mintal sau când rezultatul nu s-a materializat într-o leziune letală.

19. Forma medico-legală de moarte ca fiind crimă, sinucidere sau accident se ve deduce după următoarele elemente:

În sinucideri, împușcarea are loc cu țeava lipită de corp sau din imediata apropiere, iar leziunile vor fi reprezentative pentru atari posturi (efecte hidrodinamice, factori secundari ce caracterizează împușcarea din zona lor de acțiune).

Apoi împușcarea va avea loc asupra unor zone accesibile victimei (cap, zonă precordială), fapt ce evocă dorința certă de expiere prin suicid și care nu lasă șansa eșecului împușcării.

La victima ce s-a sinucis, pe mână se vor găsi urme de pulbere și ciupitura interdigitală iar când sinuciderea s-a realizat cu arme improvizate, examenul balistico-criminalistic corelat cu leziunile constatate, devine de neînlăturat. Pentru diagnosticul de sinucidere se vor corobora și celelalte elemente: antecedente psihiatrice, tentative de suicid în antecedente, acte preparatorii etc.

Omorul cu arme de foc se poate realiza atât din interiorul zonei de acțiune a factorilor secundari cât și mai ales din afara zonei lor de acțiune.

Accidentele prin arme de foc cu glonte unic sau prin arme de vânătoare obligă la o strictă corelație a datelor de expertiză privind inventarierea și forma leziunilor, cu condițiile de producere a împușcării și cu experimentele balistice, deoarece, atari situații sunt foarte ambigui în practică și ele obligă la o calificare certă ca fiind accidente și nu crime sau sinucideri.

În leziunile distructive produse prin grenade, mine, arme confecționate în scop terorist, etc., expertiza se va rezuma, pe cât posibil, la rezolvarea aceloraşi probleme, deşi, deseori, ele devin caduce fața de evidența faptelor.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VIII

MEDICINA LEGALĂ A ASFIXIILOR MECANICE

Asfixiile mecanice sunt tulburări ale metabolismului gazos caracterizate prin privarea bruscă de oxigen şi creşterea concomitentă a bioxidului de carbon, motiv pentru care se numesc anoxii acute. Termenul de asfixie se păstrează prin tradiție.

Asfixiile pot fi de aport (blocarea pătrunderii oxigenului în corp), de transport (blocarea elementelor sângelui ce transportă oxigenul la țesuturi, ca de exemplu în intoxicații cu CO, anemii) şi de utilizare (blocarea utilizării oxigenului la nivel tisular, ca în intoxicațiile cu cianuri).

Mai adecvată este clasificarea anoxiilor în patologice (din diferitele boli cardiace sau pulmonare) şi violente care, la rândul lor, se produc prin comprimare (exemplu comprimarea gâtului sau a toracelui) şi prin ocluzie (de exemplu astuparea căilor respiratorii la exterior ca în sufocare sau blocarea alveolelor ca în înec).

Asfixiile produc tulburări clinice funcție de viteza de instalare a lipsei de oxigen şi de rezerva de oxigen a țesuturilor. Aceste tulburări evoluează în circa 5 minute trecând printr-o fază preasfixică (de execitare a funcțiilor vitale până la pierderea conştiinței, după circa un minut) o fază convulsivantă (de deprimare a funcțiilor vitale şi de apariție a convulsiilor datorită anoxiei cerebrale), apoi o fază terminală cu oprirea respirației (apnee) echivalentă unei morți aparente. În asfixii cordul se opreşte după respirație şi în timp util acest fapt este favorabil resuscitării (reanimării).

Aceleaşi fenomene clinice evolutive se observă şi în înec şi anume o fază de apnee voluntară, urmată de alta de inspir forțat, când apa pătrunde în pulmon, după care apar convulsiile (este observat apărând şi dispărând de la suprafața apei), apoi faza de deprimare a funcțiilor vitale (cu căderea cadavrului la fundul apei), de oprire a funcțiilor vitale şi transportul cadavrelor de apele curgătoare cu lovirea lor eventuală pe părțile ventrale (bărbați) sau dorsală (femei) (a se vedea explicația ştiințifică dată corect de E. Poe în Misterul Mariei Roget).

Asfixiile obligă la rezolvarea următoarelor probleme privind ***obiectul*** infracțiunii:

1. Realitatea leziunilor de asfixie mecanică deci ca fiind de ordin general (comune tuturor tipurilor de asfixii) şi de ordin local (specifice fiecărui tip de asfixie şi care au o valoare de leziuni amprentă sau de tip marker)

Leziunile general-comune externe sunt:

- învinețirea feței (cianoza) și extremităților;
- apariția unor mici puncte hemoragice (petesii) pe conjunctiva ochilor şi chiar pe tegumente, deseori;
- incontinența sfincteriană și a veziculelor seminale;
- lividitățile închise la culoare și situate în părțile declive ale cadavrului (după poziția corpului din timpul morții).

Leziunile general-comune interne sunt:

- fluiditatea (incoagulabilitatea) sângelui;
- edemul pulmonar;
- dilatarea cordului drept;
- staza în organe, îndeosebi ficat, rinichi;
- hemoragiile în sistemul limfatic (ganglioni, splină).

Leziunile specifice depind de tipul asfixiei.

În spânzurare:

- lividitățile vor fi, de regulă, în jumătatea inferioară a corpului;
- pe cap se pot găsi discrete leziuni echimotice sau excoriative dacă în timpul stadiului convulsiv, capul s-a putut lovi de unele obiecte înconjurătoare;
- șanțul de spânzurare care este amprenta pergamentată a comprimării gâtului cu un laț traumatic are următoarele particularități: în spânzurările tipice (cu corpul suspendat în vid) se află în jumătatea superioară a gâtului, are o direcție oblic ascendentă spre nodul lațului unde este întrerupt, este mai profund în partea opusă lațului şi reproduce pe piele forma lațului (frânghie, curea, lanț etc.). (fig. 35)

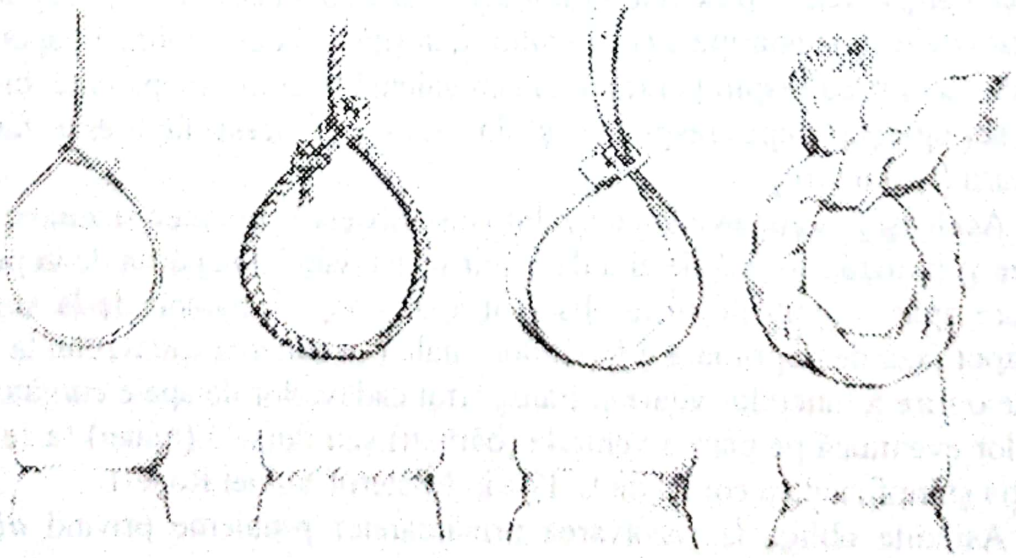

Fig. 35 *Forma şanțului funcție de forma lațului traumatic*

Scanned with OKEN Scanner

La autopsie, sub şanţ se constată infiltrate hemoragice difuze, fracturi ale oaselor laringelui şi hioidului şi uneori rupturi ale vaselor carotide sau a nervilor gâtului în spânzurările prin cădere în vid, leziuni descrise cu 13 eponime.

În spânzurările atipice, când corpul mai păstrează un contact cu solul (până la poziţia culcat în pat), şanţul de spânzurare la exterior are caracteristici particulare. (fig. 36)

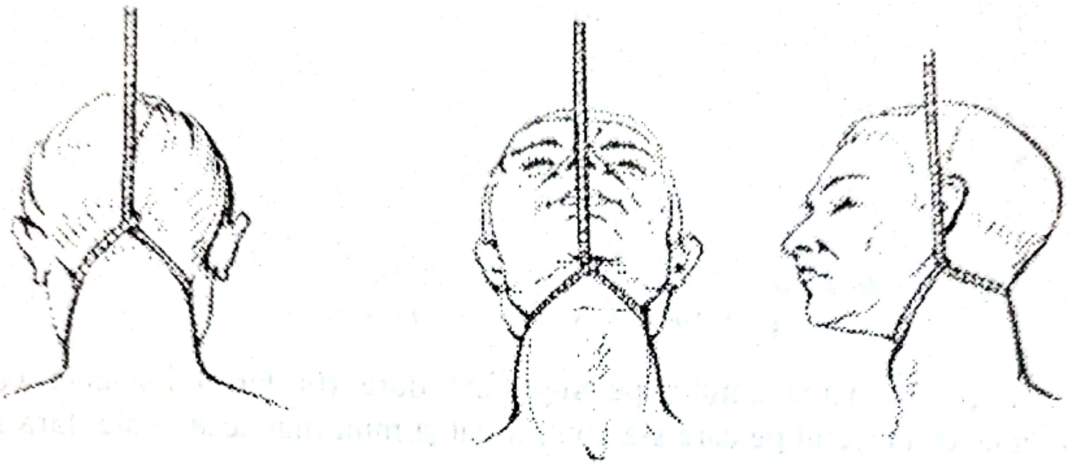

Fig. 36 *Spânzurări tipice şi atipice*

În spânzurările reflexe (spânzurarea albă) aceste leziuni locale vor lipsi.

În strangularea cu laţul traumatic, şanţul de strangulare va fi situat la mijlocul gâtului, va fi orizontal şi continuu şi cu o profunzime egală. La autopsie, leziunile organelor gâtului vor fi mult mai intense. (fig. 37, 38)

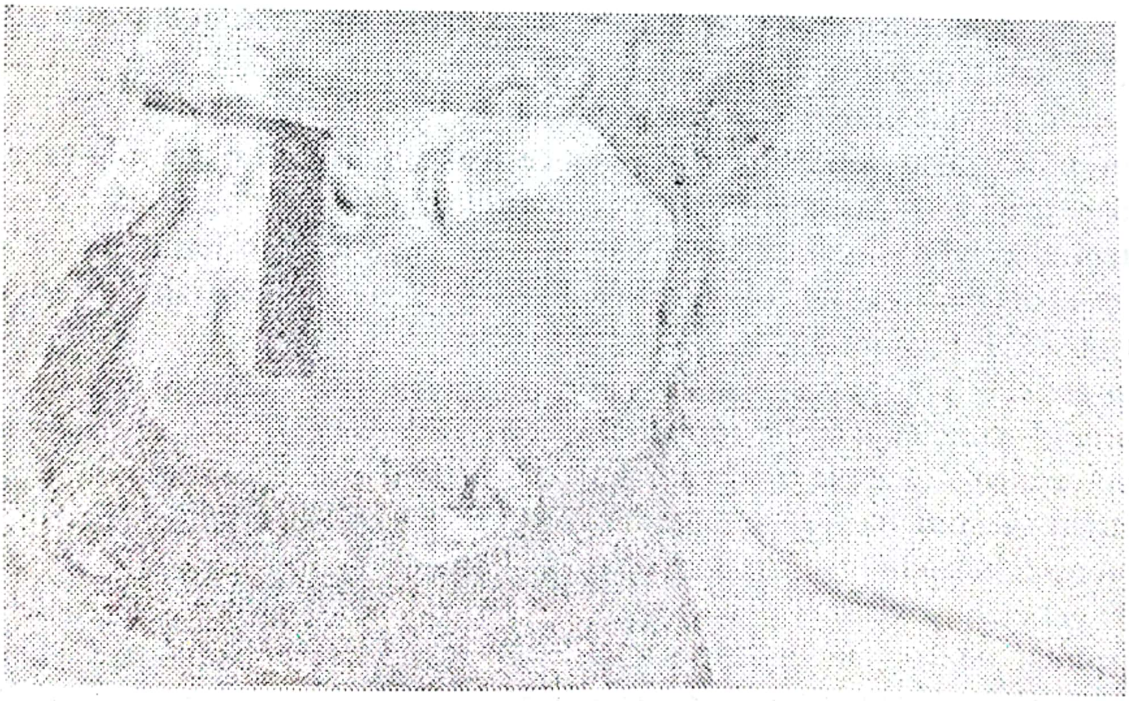

Fig. 37 *Strangulare criminală*

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 38 *Şanţul de strangulare într-o crimă*

În comprimarea gâtului pe suprafeţe dure (burking) leziunile vor fi concordante cu obiectul pe care s-a comprimat şi mult mai accentuale, fără a lua forma unui şanţ.

În sugrumare (comprimare a gâtului cu mâna) se vor constata multiple echimoze şi excoriaţii la acest nivel produse cu pulpa degetelor şi cu unghiile şi alteori, la copii sau când victima este incapabilă de a se apăra, se vor constata, faţă în faţă, patru echimoze flancate de o excoriaţie şi de partea opusă o altă echimoză cu excoriaţie, semn patognomonic pentru comprimarea persistentă cu mâna.

În comprimarea toraco-abdominală se vor constata multiple fracturi costale, rupturi de pulmon, ficat etc.

În asfixiile prin ocluzie se vor constata:

- în sufocarea cu mâna, leziuni echimotice şi excoriative ale buzelor la exterior dar mai ales la interior (prin comprimarea lor pe dantură, deseori reproducând dantura) iar în sufocarea cu obiecte moi, atari leziuni locale vor lipsi, diagnosticul de asfixie bazându-se pe semnele generale de asfixie; (fig. 39, 40)
- în asfixiile prin bol alimentar, acesta se găseşte fixat, cel mai frecvent, la nivelul corzilor vocale (orificiul glotic). Când sunt aspirate substanţe pulverulente, acestea blochează căile respiratorii (bronşii şi trahee). Corpii străini (nasturi, bani, seminţe etc.) se opresc de regulă la bifurcaţiile arborelui bronşic. În sindromul Mendelsohn (aspirare de conţinut gastric la cei în stare de ebrietate), aceasta se va constata până în cele mai mici bronşii. Astfel de aspiraţii de conţinut gastric se observă şi în come, traumatisme cranio-cerebrale, ocluzii intestinale etc. (fig. 41)

Scanned with OKEN Scanner

Fig.39 *Leziuni bucale de sufocare*

Fig. 40 *Sufocare cu obiecte moi*

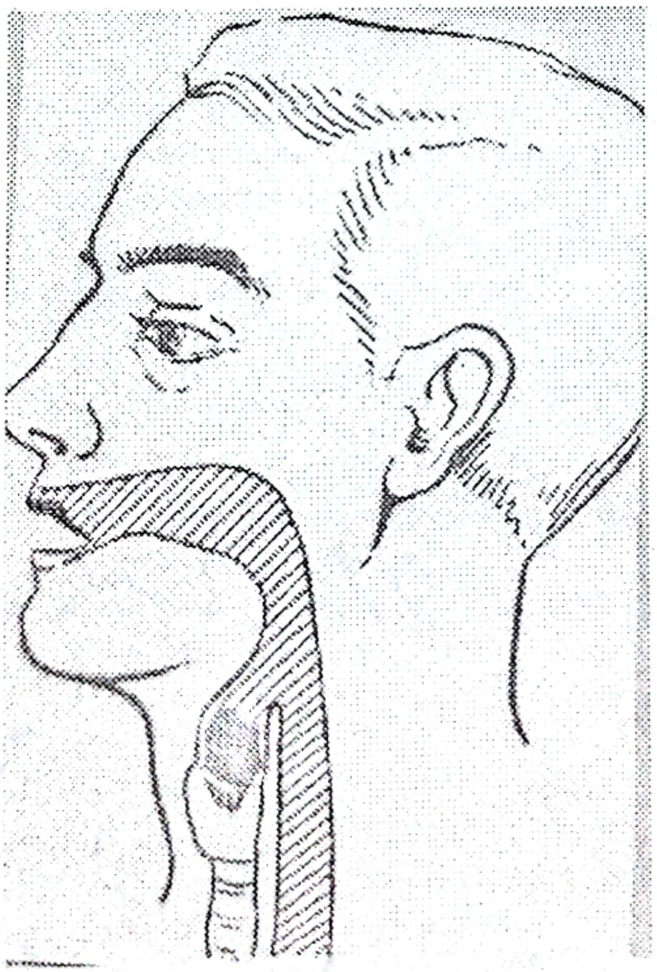

Fig. 41. *Asfixie cu bol alimentar (schematic)*

Scanned with OKEN Scanner

În înecul umed (când apa pătrunde în corp) semnele generale de asfixie au valoare de diagnostic. În înecul uscat (reflex, ca în hidrocuție) aceste semne vor lipsi

În asfixiile sexuale, care frecvent apar ca un epifenomen al agresiunilor motivate sexual (exemplu sufocări și compresiuni toraco-abdominale în viol) sau alteori ca un accident al unor perversiuni sexuale (spânzurările sexopatice), pe lângă leziunile asfixice se vor constata și leziuni de violență sexuală (deflorări recente, rupturi perineo-vaginale etc.) ca și prezența de spermatozoizi în căile vaginale sau pe rufăria victimei, care vor confirma asfel asfixia sexuală.

Realitatea leziunilor de înec necesită frecvent și o confirmare prin explorări complimentare:

- histopatologice microscopice de evidențiere a stării vasal-anoxice, mai ales în asfixiile fără semne locale, sau alteori, de confirmare a leziunilor locale. De asemenea acest examen este util în confirmarea conținutului gastric din pulmon (celule vegetale, fibre musculare etc.)
- cercetarea planctonului acvatic la înecați (concordant cu planctonul din apa în care a avut loc înecul); (fig. 42, 43)

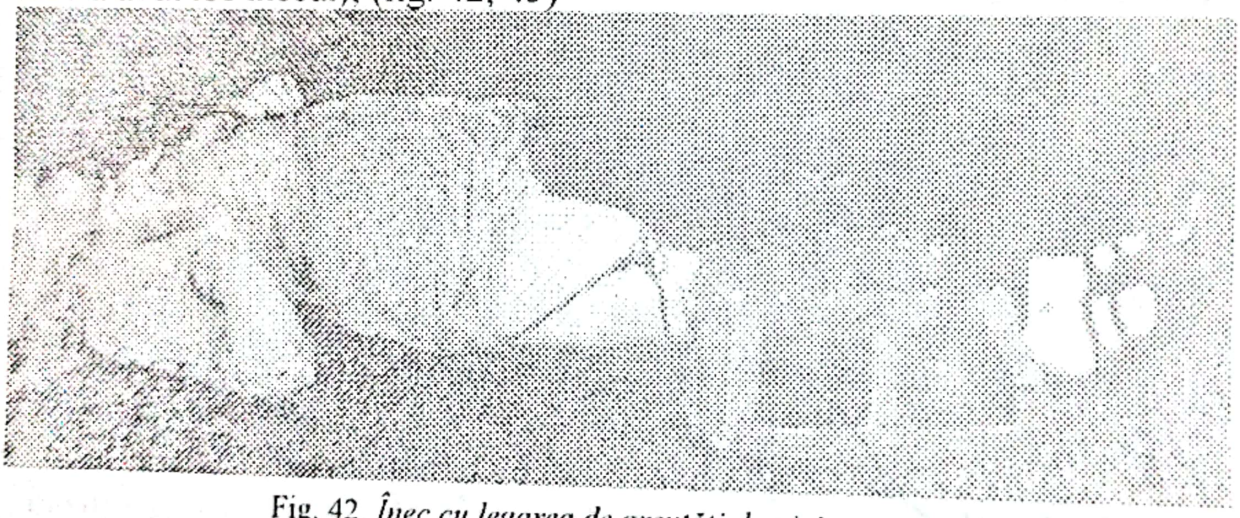

Fig. 42. *Înec cu legarea de greutăți de picioare*

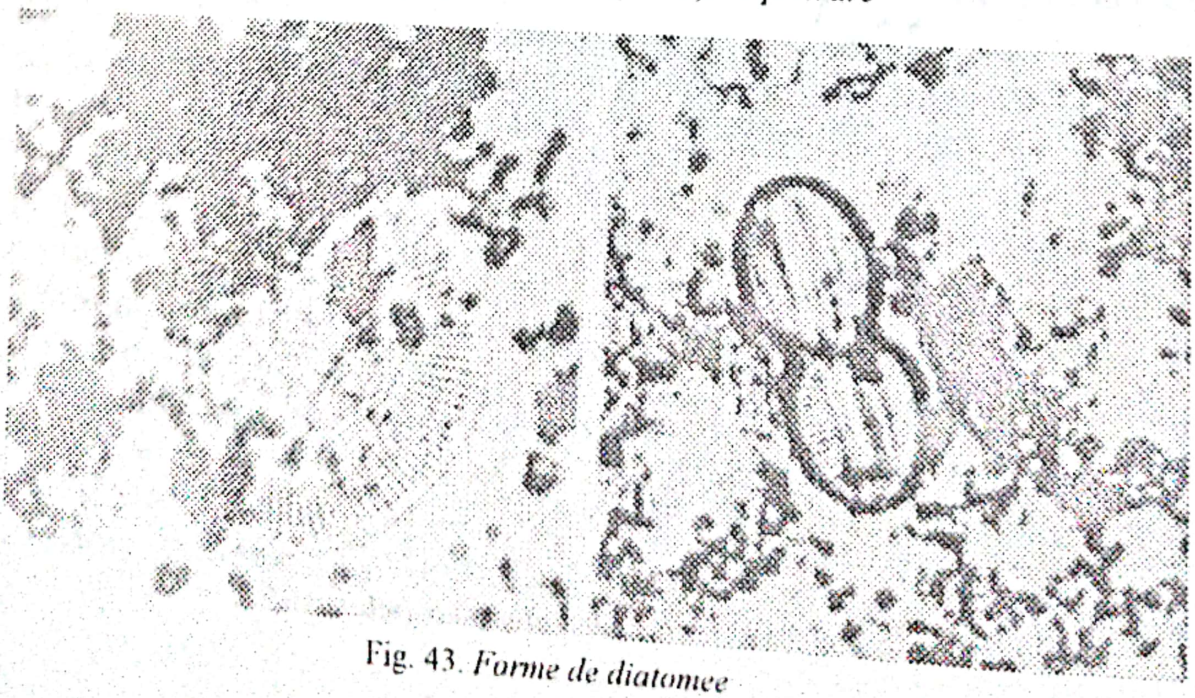

Fig. 43. *Forme de diatomee*

Scanned with OKEN Scanner

- examenul chimic al sângelui pentru concordanța cu tipul de poluare al apei în care a avut loc înecul;
- explorări moderne privind diferiți constituienți ai apei în cadavru (exemplu cercetarea stronțiului prin spectrometrie de absorbție atomică).

2. Felul morții va fi totdeauna violentă. În asfixiile patologice se vor constat leziunile ce au generat asfixia, se cunosc antecedentele bolnavului şi lipsesc semnele locale de asfixie mecanică etc.
3. Cauza morții în asfixii este anoxia organelor vitale, îndeosebi a creierului. În caz de supraviețuire, moartea se poate produce secundar (de exemplu prin pneumonii, boală a membrelor hialine, tromboze ale carotidelor, pneumonii cu corpi străini etc.).

În asfixii, deseori, cauza morții rezidă în reflexe inhibitorii ce nu permit constituirea leziunilor tipice: spânzurarea reflexă (albă) poate fi consecința elongării sau rupturii nervilor vagi (în spânzurările tipice), excitației corpusculului carotidian sau chiar elongării bulbului rahidian când se poate produce înainte de producerea simptomelor şi leziunilor clasice de spânzurare.

În înecul uscat (reflex) denumit şi hidrocuție se produce fie un spasm laringian la primele picături de apă pătrunse în laringe, fie o sincopă termo-diferențială (apă rece, corp cald) fie un reflex inhibtor epigastric (în plonjare incorectă).

4. Data producerii asfixiei. Mai ales în spânzurări autentice ca motivație psihică, atunci când persoana preferă locuri ascunse, sau în înec, pot surveni modificări cadaverice de putrefacție sau de conservare (mumifiere, adipoceară) care complică evidențierea leziunilor de violență asfixică. Pot persista, în acest caz, leziunile osoase ale asfixiei precum şi leziunile produse de alți agenți vulneranți (mecanici, chimici), leziuni care cer şi o confirmare prin investigații complimentare.

5. Data morții, de regulă, coincide cu data producerii leziunilor asfixice, deoarece, asfixiile mecanice se produc rapid dar în morțile de cauză secundară sau atunci când cadavrul e deformat de fenomenele cadaverice tardive sau conservatoare, se impune, ca problemă aparte, precizarea datei morții după regulele generale cunoscute. Un cadavru reținut în apă, în 2-3 zile suferă încrețirea pielii la extremități (mâna de spălătoreasă), în 7-10 zile pielea de pe mâini se detaşează ca o mănuşă (mănuşa morții), în 20-30 de zile cade părul iar după o lună începe procesul de adipoceară. Această evoluție poate da o indicație relativă privind data înecului.

6. Gravitatea leziunilor rezidă în producerea rapidă a morții iar în caz de supraviețuire în producerea unor complicații ce pot deveni secundar letale cum ar fi tulburările psihice confuzionale, encefalopatiile anoxice, stările de decerebrare, pneumoniile secundare, trombozele vaselor gâtului etc.

7. Caracterul vital al leziunilor. În asfixiile albe (spânzurarea albă, înecul uscat) ca şi în asfixiile cu leziuni dificil de evidențiat macroscopic ori când peste leziunile de asfixie s-au suprapus fenomene cadaverice , precizarea caracterului

Scanned with OKEN Scanner

vital al acestor leziuni constituie o problemă probatorie esențială de care depinde calificarea faptei. În acest sens, caracterul vital al leziunilor locale de asfixie ca şi explorările complimentare au un rol afirmativ major. Într-un înec cu decelarea unui cadavru în stare de putrefacție, constatarea diatomeelor la examenele complimentare (organisme unicelulare din apă cu un înveliş silicos ce rezistă la putrefacție) în organele cu circulație terminală cum ar fi măduva oaselor (unde nu pot fi transportate decât prin existența circulației sangvine la cei în viață) tranşează diagnosticul de înec vital sau de aruncare a unui cadavru în apă.

Latura obiectivă a infracțiunii.

8. Laturile mecanice ce produc o asfixie realizează un șanț traumatic ce trebuie să fie concordant morfologic cu felul lațului (cu excepția laturilor moi) dar ele pot face şi obiectul unei examinări criminalistice. Eventualele resturi tisualre sau sangvine de sub unghiile agresorului ce a realizat o sugrumare, se confirmă, ca mijloc de producere a agresiunii. Bolul alimentar ce blochează orificiul glotic poate fi o bucată de carne nemasticată, etc.

9. Cauza leziunilor este anoxia acută (privarea acută de oxigen a organelor vitale). Astfel, în spânzurare, venele jugulare se comprimă la circa 2 kg arterele carotide, la 5 kg, la 15 kg traheea şi la 25 kg arterele vertebrale, dar moartea survine precoce prin ischemia creierului (lipsa de oxigenare prin suprimarea circulației) sau printr-un reflex inhibator de excitare a zonelor nervoase cervicale (corpusculul carotidian, nerv vag etc.).

În asfixiile cu bol alimentar cauza leziunilor de asfixie rezidă în tulburările de maticație a alimentelor, ebrietate, vârstă avansată (cu pertubarea reflexelor de deglutiție), abuz de sedative, ateroscleroză, stări epileptice etc. Cum aceste stări de asfixie cu bol alimentar coexistă cu stări de abuz alimentar, ele sunt etichetate greşit, în prealabil, ca morți subite ("coronarite de restaurant"), când, în realitate, sunt asfixii fatale de origine alimentară. De remarcat că uneori cauza acestor asfixii sunt corpii străini rotunzi, mici, netezi şi vâscoşi, ce sunt antrenați uşor în căile respiratorii (bomboane, tablete, caşete, monezi, fasole etc.) de copiii ce se joacă cu ele introducându-le în gură.

În înec, cauza leziunilor de asfixie este apa dulce sau apa sărată, dar şi alte tipuri de lichide sau semilichide, cauze ce se vor manifesta în particularitățile lezionale a acestor cazuri. De menționat că o persoană în stare de ebrietate se poate îneca şi într-o cantitate mică de apă ("într-un pumn de apă").

Cauzele secundare ale unei asfixii pot fi complicațiile legate de aceasta (ex. înecul secundar prin pneumonii cu corpi străini).

10. Numărul leziunilor obligă la inventarierea altor tipuri de leziuni:

- prealabile asfixiei (leziuni hetero-agresive sau autoagresive);
- contemporane cu asfixia (leziuni cu alte mijloace de violență [obiecte contondente, arme albe, etc.]).
- leziuni (de regulă modificări cadaverice) posterioare asfixiei (târâri şi loviri a cadavrelor înecate, devorări de animale etc.).

Scanned with OKEN Scanner

11. Succesiunea leziunilor, atunci când leziunile de asfixie sunt coexistente cu alte tipuri de leziuni, se rezolvă după regulile generale enunțate.
12. Mecanismul de producere a leziunilor, cum s-a menționat, este anoxic sau reflex - inhibitor.
13. Legătura cauzală a leziunilor cu moartea implică aceleaşi reguli generale de evaluare.

În cadrul explorării ***subiectului*** infracțiunii se reține:

14. Identificarea victimei care devine o chestiune esențială în situația cadavrelor putrefiate, mumifiate sau în stare de adipoceară şi când se vor aplica metodele generale cunoscute.
15. Identificarea autorului se face, de asemenea, după regulile generale medico-legale.
16. De asemenea, relația victimă - agresor. Există însă multiple relații ale victimei cu circumstanțele de producere a asfixiei cum ar fi asfixiile prin cădere cu capul în jos, prin suspendarea corpului (asfixii tip răstingnire).
17. Asfixiile mecanice sunt compatibile, în unele situații, cu reacții supravitale variate, mai ales atunci când o asfixie mecanică tip suicid eşuează şi victima supraviețuieşte.

În cadrul laturii ***subiective*** se pot explora:

18. Mobilul asfixiei, atât al celei heteroagresive cât şi a celei autoagresive;
19. Forma medico-legală a morții ce implică:

Sinuciderea, care se întâlneşte în:

- spânzurare care este în 99% din cazuri o autoagresiune. Spânzurarea este una din cele mai frecvente modalități de suicid întâlnită în lume, ubicuitară şi cu atât mai bizară (exemplu atârnarea de greutăți de picioare) cu cât tulburarea psihică este mai accentuată;
- excepțional ca act de suicid se întâlneşte în strangularea cu lațul când acesta obligă a avea un sistem de garou (pentru a nu ceda după pierderea conştiinței, cu şansa revenirii la viață), un nod anterior al lațului, mai multe circulare ale acestuia în jurul gâtului;
- autosugrumarea nu este posibilă;
- comprimarea toracoabdominală ca act de suicid este excepțională aşa cum ar fi facilitarea prăbuşirii unui obiect greu peste corpul victimei;
- sufocarea ca act de suicid a fost posibilă prin aplicarea de benzi adezive pe orificiile buco-nazale sau prin introducerea capului în pungi de plastic (mod de suicid asistat "recomandat" într-o lucrare din USA şi care apoi a fost copiat);
- înecul poate fi frecvent un act de suicid solitar, fie precedat de alte modalități ineficiente de suicid.

Accidentul prin asfixii mecanice este întâlnit în:

- spânzurarea la acrobați, paraşutişti, alpinişti ce cad în corzi, copii ce cad între zăbrelele pătuțului, în laturile cu care sunt legați de pat ca şi în spânzurările erotice;

Scanned with OKEN Scanner

- în compresiunile toraco-abdominale ca în seisme, avalanşe, sub vehicule răsturnate, în aglomerații, când grupuri de oameni cad unii peste alții, cu brațul mamei ce cade în somn peste sugar etc. Astfel unele avalanşe (Peru, 4000 victime) seisme (China, 800000 şi America Centrală, 500000 victime), surpări de terenuri (Rusia, 1000 victime) sau meciuri de fotbal (Anglia, 60 morți) au produs multiple victime.
- sufocarea accident se întâlneşte la copii ce introduc accidental pungi de plastic pe cap şi apoi nu le mai pot scoate (în unele state, prin lege, copiii până la 5 ani nu trebuie să aibă acces la ele);
- accidentele prin înec sunt de asemenea cunoscute (în baie consecutiv ebrietății, epilepsiei, intoxicațiilor sau electrocuției) în apă de râu sau apă sărată, uleiuri, păcură, mâl, vin etc. drept cazuri izolate sau în inundații drept cazuri colective (Bengal cu 200000 victime).

Crimele sunt de asemenea frecvente în asfixiile mecanice precum:

- deşi excepționale, se pot întâlni în spânzurare când, la fața locului se observă că locul spânzurării nu era accesibil victimei, că pe corp există leziuni de înfrângere a opoziției victimei (leziuni de "anestezie traumatică prealabilă") sau pe corpul victimei se întâlnesc şi alte tipuri de leziuni necaracteristice spânzurării - suicid;
- cu o frecvență de 95%, strangulările cu laţul caracterizează acest tip de asfixie mecanică şi care se pot asocia cu multiple alte leziuni de înfrângere a opoziției victimei la actul agresiv;
- în sugrumare, actul este întotdeauna o crimă;
- sufocările simple sau drept complicații ale agresiunilor sexuale constituie de asemenea acte criminale;
- crima prin împingerea unei persoane în apă nu dovedeşte decât moartea violentă prin înec şi nu şi forma sa medico-legală.

Disimularea crimelor printr-o asfixie mecanică autoprovocată se întâlneşte în spânzurare (heterospânzurarea victimei în stare de comă ori agonie), în strangulare, sugrumare, sufocare, inclusiv în asfixiile sexuale, dar mai frecvent asfixiile criminale se disimulează prin accidente de vehicul, tren etc. Se pot de asemenea disimula şi asfixiile mecanice între ele, cum ar fi strangularea cu comă depăşită, urmată de înec prin confuzia cu decesul victimei. Mai frecvent, alte tipuri de agresiuni sunt disimulate printr-o sinucidere prin înec.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul IX

AGRESIUNI PRIN AGENȚI FIZICI (CĂLDURĂ, FRIG, CURENT ELECTRIC TEHNIC ŞI ATMOSFERIC)

Agenții fizici amplificați de tehnologiile civilizației moderne produc o multitudine de leziuni letale sau neletale care ridică probleme de probațiune medico-legale particulare.

În cadrul probațiunii ***obiectului*** acestor infracțiuni ne reține:

1. **Realitatea leziunilor produse prin agenți fizici.**

Căldura are asupra organismului efecte generale şi locale.

Efectele generale se manifestă prin şoc hipercaloric cu leziuni cerebrale (îndeosebi diencefalice) şi insuficiențe renale acute (prin rabdomioliză) şi insolația cu leziuni de hemoragie meningeală, de edem cerebral, edem pulmonar, consecutiv leziunilor cerebrale, leziuni de insuficiență cardiacă acută şi de eritem actinic (solar).

Efectele locale se manifestă prin arsuri de gradul I (eritem a tegumentelor) gr. II (flictene), de gradul III, escare (necroze ale tegumentelor) şi de gr. IV (carbonizări ce pot fi locale sau generale, oridecâte ori depăşesc tegumentele şi ajung la arderea oaselor fenomen numit calcinare). Consecutiv acestor arsuri locale, funcție de întinderea lor, se produc şi leziuni generale (secundare) de tipul emboliilor grase pulmonare, tubulo-nefrozelor renale, ulcerelor digestive de stres tip Wilcox.

Frigul produce degerături de patru grade similare arsurilor (cele de gradul IV produc gangrene) cu efecte locale şi efecte generale (hipotermia accidentală).

Curentul electric tehnic produce leziuni calorice (arsuri termice), de regulă arsuri cu particularități specifice cum ar fi lipsa sângerării, rezistența la putrefacție precum şi o arsură patognomică numită marcă electrică, ce are ca trăsături faptul că reproduce forma conductorului electric, decolorează tegumentele, sunt mai dure la palpare. Curentul electric tehnic produce şi efecte mecanice (decolorări de tegumente, rupturi musculare, fracturi osoase) sau biochimice (de disociație electrolitică în țesuturi manifestată prin edem electrogen la locul contactului cu sursa de curent) şi metalizarea (depunerea de

particule metalice din aliajul conductorului electric sub efectul pulverizării acestuia datorită efectului termic de tip Joule.

Cercetarea sursei de curent a locului faptei şi a cadavrului (Triada Jelineck) oferă argumente peremptorii pentru realitatea electrocutării.

Fulgerul produce pe tegumente o arsură caracteristică ramificată (mai ales un eritem) asemănătoare uni frunze de ferigă.

În sprijinul realității morții ca fiind datorată unui factor fizic vin şi examenele complimentare:

- Examenul microscopic al pulmonului pentru constatarea funinginei în căile respiratorii, a emboliilor grăsoase;
- Examenul toxicologic al nivelului carboxihemoglobinei în intoxicațiile (asfixiile) concomitente cu fum rezultat din arderea obiectelor din jur;
- Cercetarea canalelor Hawers în resturile osoase calcinate;
- Cercetarea tanatologică a glucozei, catecolaminelor şi a altor constituienți rezultați din rabdomioliza în frig;
- Cercetarea microscopică a leziunilor ischemice în cord, glande endocrine, a necrozelor Zenker în muşchi, în moartea prin frig.
- Cercetarea metalizării pe cale histochimică sau chimică (reacția Skalos).

2. **Felul morții** va fi violentă.

3. **Cauza medicală a morții** este primară, prin şoc hipotermic, insolație, şoc combustional în arsurile ce depăşesc 40-50% suprafață corporală, hipotermia cu scăderea temperaturii corporale sub 25°, şocul sau asfixiile prin tetanizarea muşchilor respiratori, arsurile prin flamă electrică şi secundare prin aprinderea hainelor în electrocutări.

4. **Data leziunilor** sau ca fiind produse după moarte, ca în carbonizările prin arsuri, are mare importanță practică deoarece, există crime prin diferite tipuri de agresiuni urmate de incendierea de exemplu a locuinței sau de calcinarea cadavrului. În acest caz este important a distinge leziunile vitale de arsurile post letale.

5. **Data morții** recunoaşte aceleaşi metode de rezolvare ca şi în morțile prin alți agenți vulneranți.

6. **Gravitatea leziunilor** se referă la faptul că unele arsuri, de exemplu, sunt letale, iar cele mai uşoare sunt comparabile cu viața dar produc grave sechele (infirmități şi prejudicii estetice) care se evaluează în gravitatea lor funcție de suprafața corporală arsă ce se calculează prin regula celor 9 (fig. 44). În caz de supraviețuire, în fața unor leziuni ce puteau fi letale, corelat şi cu latura subiectivă a infracțiunii, se va putea rezolva problema tentativei de omor.

Scanned with OKEN Scanner

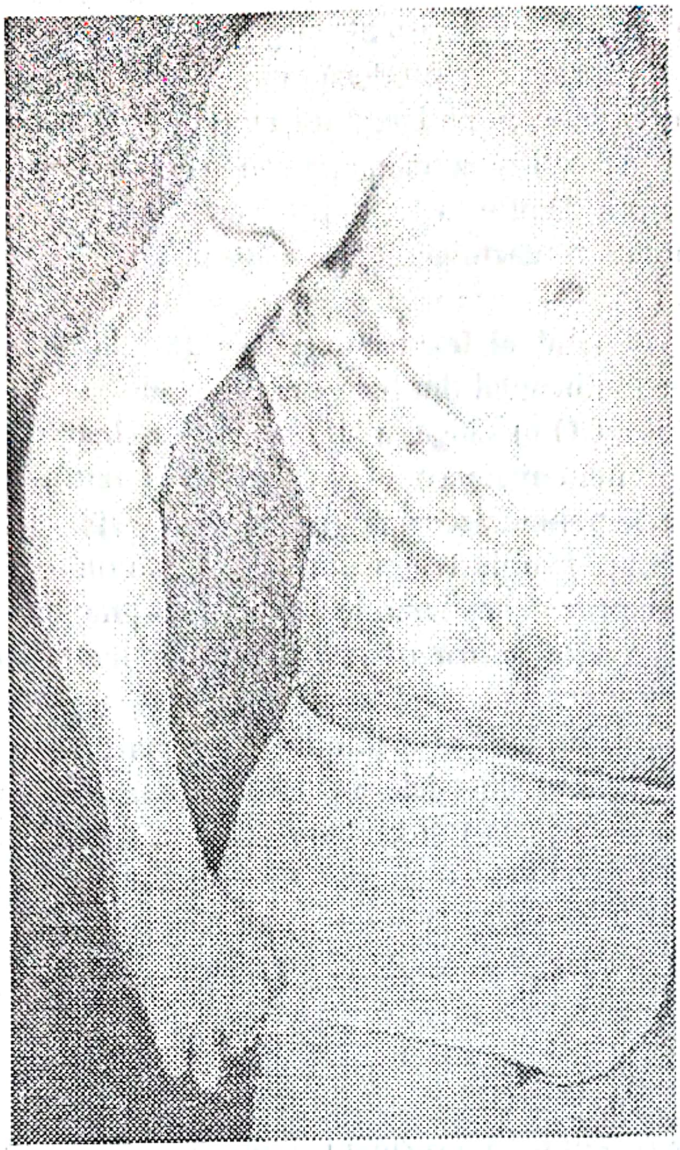

Fig. 44. *Cicatrici cheloide după arsură prin flacără*

În cazul frigului, copiii, bătrânii, persoanele bolnave, în stare de ebrietate etc. vor realiza mult mai uşor starea de hipotermie letală, coma şi deprimarea altor funcţii vitale (deci starea de moarte aparentă) ce pot apare la 25° temperatură corporală.

Factor contributiv de agravare cu precădere a hipotermiei este ebrietatea care, datorită vasodilatației periferice, accentuează termoliza şi dacă mai survine şi tulburarea de conştiinţă cu o stare delirantă, subiectul, în mod paradoxal se dezbracă şi răcirea se face aidoma unui corp fizic, fără sesizarea pericolului şi fără termogeneză. Nesesizarea morții în atari împrejurări a făcut ca acest tip de moarte să fie denumită moarte dulce.

Gravitatea electrocuției ține de numărul de contacte cu sursa de curent electric, de localizarea contactului ce permite realizarea unei bucle superioare (braț-braț) sau supero-inferioare (braț-picior) care vor fi rapid letale la o intensitate peste 1 amper şi o tensiune de 220 V. prin atingerea organelor vitale în traiectoria curentului prin corp. La tensiuni medii (500-5000 V) şi mari (peste 5000 V) moartea produce carbonizări letale. Gravitatea electrocutării va depinde

Scanned with OKEN Scanner

şi de factorii biologici precum rezistenţa organismului ce face ca la 2000 de ohmi, un curent de voltaj casnic să producă moartea.

Tot ca factori biologici, pe lângă traectoria curentului prin corp, un rol agravant îl are şi permanentizarea mâinii pe conductorul electric prin spasmul şi contractura musculaturii. Dintre factorii cirmustanţiali ce agravează electrocuţia sunt de reţinut suprafaţa contactului cu sursa de curent şi localizările contactului la nivelul corpului.

7. **Caracterul vital al leziunilor** decurge din prezenţa proteinelor, leucocitelor şi fibrinei în lichidul din flictenele de arsură, din prezenţa funinginii în căile respiratorii şi a CO în sânge, a leziunilor de ischemie, rabdomioliză etc. din degerături, a aspectului microscopic (de fagure de miere) a mărcii electrice.

Leziunile vitale trebuie deosebite de modificările post vitale aşa cum ar fi flictenele de putrefacţie, fisurile tegumentelor şi fracturilor oaselor, calcinarea, congelarea cadavrului prin îngheţ, arsurile electrice post mortale.

În ceea ce priveşte ***latura obiectivă*** a infracţiunilor prin agenţi fizici, interesează:

8. **Obiectul producător al leziunilor** care, pentru căldură, este radiaţia solară, vaporii supraîncălziţi, metalele încinse, flacăra, lichidele încinse etc., în cadrul arsurilor, frigul (viscolul) şi curentul electric tehnic sau atmosferic. În evaluarea potenţialului de electrocutare se va ţine comt de intensitatea curentului, tensiunea sa şi rezistenţa organismului, iar în frig de faptul că sub 30° temperatură corporală, mecanismele de termoreglare (termogeneză şi termoliză) sunt depăşite şi organismul se răceşte ca un adevărat poikiloterm (adică fără reacţii de apărare la frig cum ar frisonul, vasoconstrucţia periferică şi secreţia de catecolamine în exces).

9. **Cauza leziunilor** o reprezintă căldura, frigul, curentul electric tehnic şi atmosferic cum s-au expus mai sus.

10. **Numărul leziunilor** poate evoca mai multe zone de arsură dar, mai frecvent, multiple arsuri electrice ce atestă porţi multiple de intrare a curentului electric în corp.

11. **Succesiunea leziunilor** o relevă faptul că în arsuri colective, de exemplu, după întinderea suprafeţei arse, după concentraţia de CO în sânge etc. se poate determina implicit succesiunea deceselor.

12. **Mecanismul de producere a leziunilor** se referă la creşterea termogenezei cu împiedicarea termolizei în şocul hipertermic (când temperatura corporală creşte cu 6° pe oră), la acţiunea radiaţiilor ultraviolete asupra capului în insolaţie, la dezechilibrul acut între termogeneză şi termoliză (cu pierderea accentuată de căldură) în hipotermie, la trecerea curentului electric prin corp în electrocuţie sau prin arsuri întinse şi carbonizare la aprinderea hainelor, consecutiv efectului mecanic, biochimic sau termic al curentului electric. Mecanismele speciale pentru fiecare formă de energie calorică rezidă în aceea că, de exemplu, flacăra produce arsuri cu mers ascendent, cu interesarea părului, faţă de arsurile prin lichidele încinse (opărire) ce acţionează descendent şi nu

Scanned with OKEN Scanner

afectează părul. Radiațiile solare pot acționa pe zone descoperite iar hipotermia pe subiecți cu haine foarte strânse. Vaporii supraîncălziți pot fi proiectați de la distanță iar curentul electric poate acționa direct (contact direct al corpiului cu sursa de curent) sau indirect (de la distanță ca efect de arc voltaic sau prin intermediul unui jet lichidian).

13. **Legătura de cauzalitate dintre acești agenți cauzanți și deces** se rezolvă după regulele generale din alte tipuri de violențe corporale.

Vor fi factori cu valoare contributivă de condiție vârsta (copii, bătrâni), bolile prealabile, ebrietatea în arsuri și frig, rezistența organismului în electrocuție.

În privința ***subiectului*** infracțiunii se vor analiza:

14. **Mobilul infracțiunii** cu relevanță medico-legală, în deosebi în bolile mintale (psihoze) și

15. **Forma medico-legală** de moarte ca fiind crimă, sinucidere sau accident prin agenți fizici.

Sinuciderea se întâlnește în arsuri prin substanțe inflamabile, ca și prin acțiunea frigului (sinucideri în psihoze), precum și cu ajutorul curentului electric când corpul devine un element al unui scurt circuit (fig. 45).

Fig. 45. *Sinucidere prin curent electric (arsuri electrice ale mâinilor)*

Omorul în arsuri este mai rar, deși nu exclus, ca atunci când victima este omorâtă printr-un agent vulnerant oarecare și în stare de agonie sau moarte clinică i se dă foc în mod direct sau indirect (prin aprinderea locuinței).

Omorul prin frig se poate întâlni în cazul abandonului victimei în frig (bolnavi, copii) sau în lovirea cu alte obiecte vulnerante și abandonarea victimei, în imposibilitate de a se salva în frig.

Scanned with OKEN Scanner

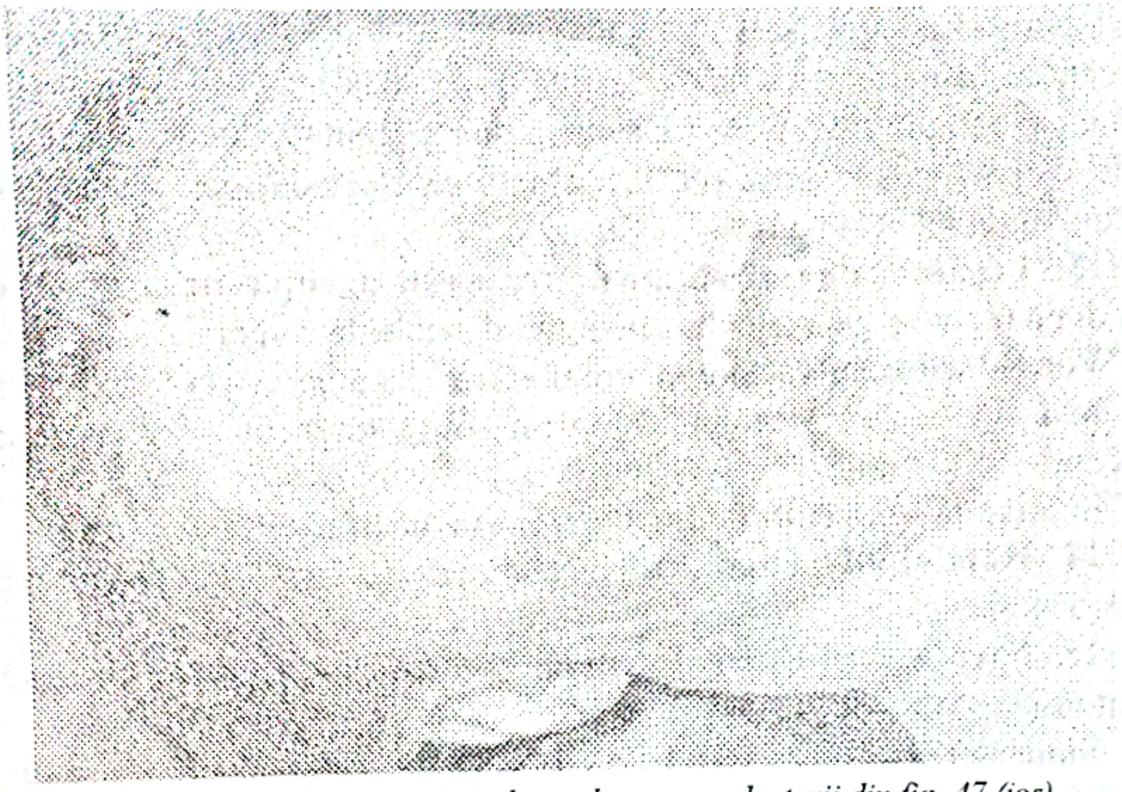

Fig. 46. *Arsuri electrice criminale produse cu conductorii din fig. 47 (jos)*

Fig. 47

Omorul prin curent electric este de asemenea cunoscut, fie prin aplicarea conductorilor electrici de către agresor prin intermediul unor mănuşi izolante (fig.46, 47) sau prin neîntreruperea curentului într-o intenţie indirectă de omor. O formă de omor din culpă o reprezintă electrocutările făcute în chip de glumă, în scopul ca, de exemplu, la deschiderea uşii victima să fie puţin zdruncinată de

Scanned with OKEN Scanner

tetanizarea musculară produsă prin legătura mânerului uşii cu o sursă de curent electric.

Accidentele letale prin factori fizici sunt cele mai frecvente situaţii fie în incendii solitare sau colective, când panica, îmbulzirea la ieşire, ajută pe cei viguroşi nu şi pe copii, femei, toate victimele fiind găsite carbonizate sub formă de grămezi la ieşire. Tot astfel se produc şi accidentele prin frig.

Accidentele prin curent electric sunt de asemenea, mai frecvent solitare şi sunt rezolvate ca atare prin cercetarea complexă a sursei de curent, a locului de electrocutare şi a cadavrului.

Disimularea crimei prin agenţi fizici este de asemenea întâlnită. O persoană care a fost victima unor variate moduri de violenţă (agresiuni sexuale cu omor sau alte tipuri de omor) determină pe agresor la arderea cadavrului pentru a face să dispară urmele infracţiunii. După o astfel de calcinare rămân doar 5-6 Kg de cenuşă dar calcinarea este dificl de realizat în condiţii domestice (într-un cuptor) unde şi prin adăugarea de substanţe inflamabile nu se poate face înainte de 15-20 de ore.

Mai rar omorul prin curent electric se tentează a fi disimulat printr-un act de suicid prin curent electric.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul X

MOARTEA PRIN AGENȚI CHIMICI ŞI BIOLOGICI

Intoxicațiile acute reprezintă una din cauzele frecvente de morbiditate şi mortalitate în lumea actuală. Fie ca utilizate în scop de suicid sau producând intoxicații colective, toxicele au fost şi sunt utilizate şi în mod criminal. In acest ultim sens, reputația lor a variat în timp şi în spațiu. În lume sunt frecvente intoxicațiile în caz de suicid, cele accidentale (domestice, agricole, industriale), criminale etc. Există astăzi sute de mii de toxice (numai pentru combaterea dăunătorilor în agricultură peste 35.000 de produse, din care, la noi 500 avizate) sub formă de insecticide, ierbicide sau rodenticide. Nu sunt lipsite de interes intoxicațiile cu substanțe menajere (detergenți, deodoranți, decoloranți), cu plante ornamentale (ca fieturi de oleandru, colchicină), veninuri (de insecte, reptile), ciuperci (numai în Europa 3000 de specii din care doar 800 identificabile), medicamente, toxice microbiene etc.

Astăzi majoritatea intoxicațiilor acute în situații medico-legale se produc cu acizi (exemplu vitriolarea cu acid azotic) sau baze (caustice); cu gaze toxice precum H_2S (la vidanjori), CO_2 (în caz de fermentații în încăperi închise), CO (în mediu domestic) sau acid cianhidric (HCN), lichid ce la 26° devine gaz sau care se degajă din sărurile sale (cianura de sodiu sau potasiu) ori ca glicoizi cianogenetici (din diferiți sâmburi).

Gazele toxice se produc şi prin arderea filmelor din filmoteci (degajă dioxid de N), din polistireni în caz de incendii iar în prezența unor gaze inerte (cu azot) se produc asfixii prin lipsa aerului şi nu intoxicații.

Se produc apoi intoxicații letale cu alcooli (etilic, metilic), metale ca tetraetilul de plumb, sublimatul (ce are mercur). Multe intoxicații se produc cu barbiturice sau tranchilizante şi cu alcaloizi cum ar fi atropina (bacele de mătrăgună semănând cu afinele), morfina, scopolamina, stricnina. De asemenea, sunt actuale intoxicațiile cu etilenglicol (antiger) şi pesticide (mai frecvent ca derivați de DDT precum dicloretanul, derivați de ortocrezoli ca DNOC sau derivați organofosfați ca parationul).

Accidentele prin agenți biologici recunosc acțiunea ciupercilor toxice (amanita phaloides, amanita muscaria, entoloma lividum, etc.), muşcături de

Scanned with OKEN Scanner

viperă şi înţepături de himenoptere, intoxicaţii cu diferite plante, toxi-infecţii alimentare etc.

În ***obiectul*** infracţiunii se va proba:

1. Realitatea intoxicaţiei o evocă leziunile caracteristice toxicelor sau agenţilor biologici.

Leziunile sunt deseori caractersitice unui toxic (CO, paration, HCN, caustice etc.), alteori sunt comune unui grup mai mare de toxice (alcaloizi, tranchilizante) dar sunt şi situaţii când toxicele nu produc leziuni, acţionând foarte rapid, ca în grupul toxicelor funcţionale (toxice letale în doze mari).

Unii agenţi biologici produc leziuni caracteristice precum o înţepătură de albine pe un fond de edem, două înţepături la 0,7 cm. distanţă prin colţii viperei, plăgile muşcate de animale, lovirea de taur cu cornul în regiunea inghinală etc.

Diagnosticul de leziune toxică sau de agent biologic implică urmărirea unor secvenţe precum:

- ancheta medico-socială şi medico-legală privind posibilitatea intoxicării precum şi a depistării factorilor de risc ai intoxicaţiilor;
- evoluţia clinică relatată de anturaj sau preluată dintr-o foaie de observaţie dacă bolnavul a ajuns în spital, precum de encefalopatie toxică cu comă (tranchilizante) sau convulsii (stricnină), a unui sindrom gastrointestinal (ciuperci), a nefrozelor toxice (etilen glicol), a unui sindrom respirator (CO, HCN) sau sanghin (toxice methemoglobinizante) etc.
- rezultatele examenului morfologic mai sus enunţat;
- explorarea toxicologică obligatorie de confirmare a toxicului responsabil de deces

În cazul accidentelor medicamentoase (afară de apă şi sare, posibile, funcţie de reactivitatea congenitală sau câştigată, la orice tip de medicament, mai frecvente însă la medicamentele cu moleculă mare ca antibiotice, anestezice, hormoni şi la cei cu deprimare a imunităţii) rezultatul ca imputabil sau nu autorului va depinde de rezolvarea următoarelor probleme: diagnosticul de boală ce indică medicamentul, respectarea contraindicaţiilor sale, urmărirea modului de administrare când aceasta se recomandă tehnic sau de firma producătoare, combaterea promptă a accidentului survenit, respectarea indicaţiei de a efectua testele de depistare a intoleranţei ca şi evaluarea corectă a posologiei riscului. După aceleaşi reguli se va rezolva răspunderea şi în accidentele post transfuzionale.

2. **Felul morţii,** totdeauna violentă, chiar dacă uneori factorul toxic acţionează pe o stare premorbidă sau pe un fond de reactivitate particulară (de exemplu şocul anafilactic la unele medicamente sau la înţepătură de albină).

3. **Cauza morţii** este primară (în afectarea organelor vitale) şi secundară (prin complicaţii).

4. **Data leziunilor** se deduce retrospectiv din evoluţia lor de la leziunile primare, prin cele secundare, până la leziunile terţiare, în caz de morţi tardive.

5. **Data morţii** se rezolvă după legile generale cunoscute.

Scanned with OKEN Scanner

6. **Gravitatea leziunilor** se apreciază funcție de vârstă, stări premorbide, intensitate a leziunilor şi concentrația toxicului în organism (la examenul toxicologic).

7. **Caracterul vital sau postvital** al leziunilor se deduce din regulele comune tuturor tipurilor de leziuni de violență.

În cadrul *laturii obiective* se va rezolva:

8. **Obiectul responsabil de leziuni** stabilit prin examen la fața locului (resturi de tablete, toxice, recipiente ale lor, alimente cu toxice sau germeni patologici), după leziunile caracteristice şi se confirmă prin determinări şi dozări de laborator (examen toxicologic).

9. **Cauza leziunilor** rezultă din determinările de mai sus;

10. **Numărul leziunilor** are importanță în deosebi în unele agresiuni prin agenți biologici (insecte, animale).

11. De asemenea în rezolvarea **succesiunii leziunilor**;

12. **Mecanismul de realizare al morții** depinde de ponderea factorilor chimici (structură a toxicului, afinitate pentru anumite organe, cantitate şi concentrație sau asocieri între toxice etc.) de asocierea şi conjugarea cu factorii biologici (vârstă, cale de pătrundere în organism, rezistență sau obişnuință a victimei, stări premorbide prealabile).

Pentru accidentele medicamentoase care mai rar pot fi supradozări (de regulă fiind intoleranțe la o anuită substanță) se vor reține tipul de reacție adversă (tipul A ce ține de proprietățile medicamentului şi tipul B ce ține de reactivitatea organismului), de felul reacției (imunologice, de sensibilizare câştigată sau neimunologice de idiosincrazie congenitală).

13. **Legătura cauzală** se rezolvă după regulele generale cunoscute.

Subiectul agresiunii implică:

14. **Identificarea victimei** după regulele generale.

15. **Identificarea substanței toxice** şi prin aceasta a celui ce a posedat-o, ca şi prin detectarea agenților biologici responsabili (resturile de vomă cu ciuperci, tablete etc.)

16. **Reacțiile suprravitale** sunt frecvent posibile în atari tipuri de agresiuni.

17. **Starea mintală a infractorului** se rezolvă printr-o expertiză psihiatrico-legală În accidentele medicamentoase se va avea în vedere că reacțiile adverse de tip A pot fi previzibile față de cele de tip B ce sunt imprevizibile în stadiul actual al ştiinței şi deci neimputabile.

Latura subiectivă implică rezolvarea:

18. **Rezultatului agresiunii ca fiind decesul sau producerea unor sechele** în caz de supraviețuire (leziuni organice, prejudicii estetice etc.). În tentativa de otrăvire, funcție de cantitatea şi concentrația de substanță administrată, se va răspunde dacă ea avea posibilitatea de a produce moartea..

19. **Mobilul infracțiunii** poate fi dedus dintr-o examinare psihiatrico-legală.

Scanned with OKEN Scanner

20. **Forma medico-legală de moarte** ca fiind sinucidere, crimă sau accident. Sinuciderile, mai ales la sexul feminin, sunt frecvente astăzi în cazul morților toxice. Este preferat toxicul sub impulsul dorinței unei morți fără dureri. Sinuciderea, pe lângă regulele cunoscute de calificare se va deduce și din ceea ce se găsește lângă un cadavru ca modalitate de autoprovocare (tablete, fiole etc.)

Accidentele prin toxice pot fi solitare dar deseori și colective. De asemenea, nu trebuie pierdute din vedere intoxicațiile cu unele substanțe ce produc obișnuință (toxicomanii) și care constituie o importantă problemă penală dar îndeosebi criminologică.

Crima de omor prin toxice devine uneori greu de suspicionat ca atunci când într-un pahar și în organism se găsește același toxic, dar retrospectiv doar competența anchetei poate stabili dacă toxicul a fost administrat de o terță persoană sau a fost îngurgitat (exemplu în conflicte conjugale). În acest sens se va avea în vedere că unele toxice nu pot fi percepute de victimă, față de altele care, de exemplu, amare și în diluții foarte mari (stricnină, morfină) nu pot fi administrate fără camuflarea acestui gust. În acte criminale, de regulă, toxicul este încorporat în alimente, băuturi, în care, în scop criminal s-au introdus chiar și culturi de microbi pentru ca decesul să se confunde cu o infecție oarecare, deci cu o moarte patologică. Numai cooperarea strânsă anchetator -expert poate elucida până la urmă și atari cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XI

TOXICOMANIA, PROBLEMĂ A MEDIULUI UMAN

Toxicomaniile, prin extinderea lor, sunt considerate inamicul numărul unu al omenirii. Dacă la toxicomanii adăugăm şi terorismul, societatea umană are în faţă pericolul major al societăţii moderne, cum spunea o rezoluţie ONU. Drogaţii Elveţiei reprezintă toată populaţia Albaniei ori Libiei, 1/3 din detenţii fiind legate de producerea şi traficul de droguri şi aceasta în condiţiile în care se capturează doar 5-10% din trafic.

Pentru O.M.S., toxicomaniile reprezintă a patra problemă de sănătate publică a lumii, după boli cardio-vasculare, boli psihice şi cancer, endemie similară molimelor din primele secole ale mileniului.

După alimente, drogurile devin astfel cele mai intim legate de viaţa omului, consumul lor începând cu practicile mistico-religioase, când erau considerate de origine divină şi de acces la zei prin efectele ce le produceau, numite din acest motiv ierburi divine sau băuturi ale zeilor. Consumul antic avea mai multe modalităţi cum ar fi fumigaţiile de canabis, utilizarea muscarinei pentru a deveni războinici ca la vikingi, Homer arătând că ele "alină jalea, alungă grijile şi amintirea durerilor". Produceau deci o amnezie în plină conştiinţă ca şi alcoolul dar ca într-un palimpsest, neplăcerile anterioare reveneau şi aceasta cerea un nou consum. Lui Isus pe cruce i s-a dat de asemenea un drog din oţet şi absint, numit paska.

Astăzi trăim însă o eră a toxicomaniei de masă, o democratizare a consumului de droguri ce începe cu nevoia de hipertrofiere a personalităţii omului, fapt denumit narcocraţie. De aici denumirea efectelor produse de paradis artificial (Baudelaire), miracol mizerabil (Michaux), nebunie gălăgioasă şi violentă (Pinatel).

"Opiul este spiritul plantelor care ne dăruieşte înţelepciunea regnului vegetal, înţelepciunea naturii şi ne face să ne supunem fără nostalgii sau revolte legilor ce guvernează lumea. Opiul ne ridică dincolo de noi înşine, ne apropie de Dumnezeu, adică ne face să comunicăm pe calea unei înţelegeri intuitive cu sufletul lucrurilor. Opiul e singura cale prin care două fiinţe reuşesc a se cufunda una în cealaltă şi mai presus de atingerea buzelor se produce o atingere eterică,

Scanned with OKEN Scanner

ca cea mai deplină stare ce o cunoaşte dragostea", spunea un scriitor în secolul trecut.

Dar astăzi se consumă o multitudine de alte droguri sintetice faţă de cele vegetale, cum ar fi derivaţii de fentanil sau petidină, greu de depistat prin analize toxicologice şi mereu se nasc şi se produc noi droguri ce nu figurează pe listele de control internaţional. Lupta cu vânătorii de crocke (de cocaină) este un război ce durează de peste 10 ani, război a căror trasee sunt centrele oraşelor. Astfel, copiii ce le vând câştigă 200$ pe săptămână din vânzarea lor, încât, azi, problema drogurilor este o adevărată "piatră de moară legată de gâtul societăţii americane", numai în New York cifrându-se câte 2000 de arestaţi pe an.

Sub aspect economic, traficul de droguri reprezintă 9% din comerţul internaţional spune Interpolul, narcodolarii ameninţând economia naţiunilor prin investirea banilor (500 de miliarde $ în 1988), prin spălarea lor urmată de investirea, apoi, în afaceri licite. Anual 150 miliarde de dolari aduc un profit de 85% ceea ce echivalează cu produsul naţional brut a 2/3 din Statele O.N.U. Tot anual, America de Sud exportă în America de Nord 30.000 de tone de heroină ce se vinde cu 5$ plicul şi cu 3$ fiola de 1 gr. în concentraţie de 40%.

Din consumatorii de droguri 70% sunt tineri sub 20 de ani, astfel că astăzi se înregistrează 45 milioane de persoane dependente, persoane cu statut de toxicomani şi care cheltuiesc 30$ pe zi pentru droguri slabe şi 100 $ / zi pentru droguri dure ca heroina sau L.S.D.-ul.

Apoi, un drogat face lunar 4-5 prozeliţi iar traficul ilicit se face camuflat în roţi de caşcaval sau portocale de ceară ("portocale gravide") în care, în 20 Kg portocale se injectează 10 Kg stupefiante.

Eradicarea toxicomaniei cere costuri financiare mari pentru reforme socio-economice la care se adaugă costurile pentru dezintoxicare şi pentru combaterea epidemiilor prin siringă care explică 50% din contaminările SIDA.

Riscurile consumului de droguri sunt în primul rând economico-umanitare pentru ţările subdezvoltate (sărace), cultura drogurilor fiind mai profitabilă decât cultura cerealelor iar ţările dezvoltate simt nevoia de a le consuma. De ce? Mişcarea hippie era, ca şi consumul de droguri, o reacţie la desumanizarea vieţii, la căutarea cu orice preţ a profitului, la ambiţie şi birocratizarea societăţii la care tineretul devine intolerant, respingând ce e gigantic, impersonal, ierarhizat şi căutând naturalul şi simplitatea pe care nu o poate oferi viaţa artificială actuală.

Apoi sunt riscuri ecologice prin defrişarea pădurilor pentru cultivarea plantelor din care se extrag droguri, precum şi contaminarea apelor cu reziduile rezultate din prelucrarea lor.

Riscurile criminale constau în violenţă nediscriminatorie, Columbia reprezentând vârful violenţei prin droguri cu 20000 victime, urmată de Peru cu 15000 victime prin actele teroriste efectuate de mafia drogurilor pentru intimidarea ordinei publice. Traficul de droguri apoi a dat naştere crimei organizate (exemplu a gulerelor albe).

Scanned with OKEN Scanner

Modificări comportamentale sub acțiunea drogurilor. Pentru O.M.S. (Organizația Mondială a Sănătății) drog este orice substanță care introdusă în organism poate modifica una sau mai multe funcții ale acestuia, îndeosebi comportamentale sau ale vieții sociale, adaugă o comisie de experți în problema consumului de droguri.

Toxicomania se caracterizează prin dorința invincibilă de procurare a drogului cu orice risc, prin tendința de creştere a dozelor, drogul anulând discernământul de oprire a consumului şi dependență psihică cu apariția la întrerupere a sindromului de sevraj, a panei de drog.

Efectele psihice ale consumului de drog au fost experimentate de Freud (cu coca) ce descria "a fi fost cuprins de veselie şi uşurare fizică şi psihică" sau de Gh. Marinescu (cu mescalină).

Poarta de intrare în toxicomanie poate fi durerea, voluptatea, curiozitatea, disperarea, de aceea frecvent toxicomania coincide cu un comportament nevrotic caracterizat prin acte ratate, găuri în eu, lapsusuri existențiale, dorință de relații afective interumane, subordonare a realității unor stări de hedonism (un principiu oedipian al înlocuirii insatisfacțiilor din copilărie), pulsiune a morții pentru dispariția riscului de suferință, favorizare a trecurii la act prin acte de prostituție, furt, violență, în scopul procurării banilor ceruți de drog.

Toxicomania coincide apoi cu un comportament adolescentin caracterizat prin introversiune, complexe de inferioritate, părinți hiperprotectivi, familii desorganizate.

Simptomele toxicomaniei constau din:

- euforie cu trăiri hedonice, paradisiace. Heroina produce o fericire ce răpune simțurile;
- producerea unei lumi fantastice, după canabis cu idei delirante, dereglări emoționale, agitație, violență;
- violența iar contribuția toxicomaniei la creşterea violenței are loc prin acte de terorism traficant (crimă şi violență organizată) şi prin reacții agresiv - comportamentale ale drogaților;
- stimularea psihică la amfetamine până la efect de flash.

Tipurile de comportamente toxicomane sunt autoagresive sau heteroagresive cu producere de perversiuni, viol, crime. Există şi o drogare în scop agresiv ce se face cu haşiş, numit pentru aceasta şi drog ucigaş, asasin. El se administrează în mod mascat la boxeri iar marihuana în doze mici are efect de trecere la act şi în doze mari duce la crimă.

Tipuri de dependență:

⇒ Dependența morfinică duce la psihoze;

⇒ Dependența canabică duce la halucinații de tipul modificării schemei corporale, la disforii urmate de apatie şi dezorientare;

⇒ Dependența cocainică duce la agitație, hiperagresiune, delir, crime, suicid.

Efectele consumului de droguri:

↳ Moartea albă a drogatului prin emaciere;

Scanned with OKEN Scanner

- Crime fără mobil şi premeditare;
- Sinucideri în pană de drog, când revine la realitatea pe care o trăieşte ca insuportabilă.

Cazuri letale în România s-au întâlnit prin drogarea cu canabis în scop de viol, sinucideri etc.

- consecinţe sociale ca înstrăinare, ineficienţă a muncii, desorganizare a vieţii sociale.

Cea mai răspândită toxicomanie este aceea cu canabis, haşiş şi marihuana care evoluează în 3 faze:

- faza de excitaţie euforică căutată de Th. Gauthier, Delacroix, Flaubert;
- faza de confuzie cu automatisme instinctivo-motorii şi eliberare de agresivitate, cu comportamente imprevizibile;
- faza de extaz cu onirisme.

Personalitatea toxicomană e caracteristică devianţei şi perversiunii ducând la regresiuni către hedonism ce reprezintă o pulsiune către o plăcere uşoară cu veşnică evadare în zone nelimitate, cu dilatarea imaginii de sine, supravalorizare a selfului, devalorizare a relaţiilor interpersonale, toate cu modificări şi accentuări ale unui sistem pulsional psihopatic.

Personalitatea toxicomană se caracterizează prin:

- dependenţă afectivă şi pasivitate;
- izolare şi intoleranţă la frustrare;
- fugă de grupul familiar şi neîncredere în sine, demisie de la rolurile sociale;
- timiditate şi incapacitate de performanţe care devine o latură "creatoare" a agresivităţii;
- satisfacţie imediată a dorinţelor;
- nevoie de agresivitate;
- sentimente de pierdere a aspiraţiilor şi de lipsă de competitivitate;
- etichetare socială şi neputinţă de a suporta interdicţiile.

Motivaţia consumului de droguri care face ca drogul să se consume ca un cult, ca un ritual, în scop de hiperpersonalizare prin combaterea angoasei şi conflictelor intrapsihice, revoltei contra instituţiilor anomice, frustrării şi uitării, dorinţei de egalitate socială şi retragerii într-o lume ireală. Motivaţia consumului rezidă şi în facilitarea actelor antisociale, ca expresie a lipsei de ataşament şi socializare negativă.

Trecerea toxicomană la act se face sub forma:

⇒ trecerii la crimă în stare de inconştienţa, cu violenţă nediscriminatorie şi amnezie consecutivă;
⇒ scăderii controlului cortical în stări pasionale cu idei de gelozie;
⇒ treceri la acte sadice;
⇒ treceri la postura de victimă în faza de revenire la realitate.

Terapia toxicomaniei se modulează după:

Scanned with OKEN Scanner

⇒ tipul de toxicomanie impulsivă, cu nevoia de satisfacție imediată și fără resentimente de culpabilitate;
⇒ pentru toxicomania compulsivă cu sentimente de culpă;
⇒ toxicomaniei accidentale.

Unii spuneau că "dacă n-ar fi medicii n-ar fi toxicomani". Dar între medici toxicomania deține doar 2%. Dar un toxicoman este un eșec al societății, o expresie a societătii anomice despre care Meriton spunea că "omul devine străin de o societate ce îi permite în principiu ceea ce refuză în realitate". Un toxicoman pe masa de autopsie, cu atât mai mult este un eșec al medicinii.

Ecocriminologie:

Între unele state se oservă atitudini antinomice: de exemplu China ce a deschis prima lupta statală cu drogurile încă din secolul XVIII și azi o pedepsește cu moartea, dar Statele Americii de Sud au profituri din cultura de droguri.

Alte state adoptă atitudini politico-juridice restrictive (Franța, Suedia, China, dar efectele sunt similare prohibiției alcoolului în USA și care a generat crima organizată). Politicile hotărâte de luptă vizează nevoia de a proteja copiii și adolescenții, a evita prăbușirea cultului datoriei ce nu poate echivala cu un laxism fără limite. Pentru atari state e vremea războiului total și nu a permisivității.

Alte state adoptă politici permisive (Olanda, Germania) ce pleacă de la ideea neincriminării consumului de droguri recreative de sfârșit de săptămână ca marihuana pentru care guvernul a stabilit doze de 5g/zi și se vinde la orice bar. În Germania nu se încrimineză consumul de marihuana care, în doze recomandate chiar de mass media, are efecte mai mici ca alcoolul. Asistăm astfel la o legalizare a consumului, între bine și rău, legalizarea consumului ca atitudine laxistă, liberală, justificându-se prin eșecul politicilor represive (astfel 75% din cele 4 miliarde dolari alocați de USA pentru combaterea toxicomaniei s-au consumat doar cu represiunea). Dar cum spunea Tocqueville, "pentru ordine se justifică a accepta dragostea dezordonată".

În criminologia toxicomaniei s-au elaborat mai multe paradigme:
⇒ paradigma crimei organizate, de clanuri mafiote, urmărind permanent maximizarea profitului. De exemplu criminalitatea gulerelor albe ce beneficiază de indulgențe datorită poziției sociale a unora din membrii săi și care profită de ambiguitatea legilor;
⇒ paradigma conspirativității cu o coeziune internă de grup, cu roluri și sancțiuni severe;
⇒ paradigma spălării banilor prin etapa conturilor colectoare, prin înființarea de depozite bancare pe societăți fictive, urmat de virarea banilor în conturi din țări străine ce garantează secretul bancar sau se află în dificultate economică și au nevoie de a atrage capital străin și în sfârșit, investirea banilor în afaceri licite unde profitul capătă aspect curat.

Alte modalități de spălare a banilor sunt:
⇒ utilizarea tehnologiilor de dublă facturare;

Scanned with OKEN Scanner

⇒ specula imobiliară;
⇒ dirijarea profitului în cazionouri legale ca tranzacții greu de controlat și probat ca și corupția prin trucarea licitațiilor, acordarea de hotărâri de guvern retroactive pentru afaceri economice la limita legalității, deturnarea de credite guvernamentale și acordarea de credite preferențiale fără acoperire.

În combaterea toxicomaniilor există multiple rezoluții și legi cum ar fi Convenția internațională a opiului de la Haga din 1912, Tratatul de la Versailles ce recunoștea Convenția de la Haga, Convenția de la Geneva din 1931 privind înființarea de organisme naționale de luptă, Rezoluții cu sarcini pentru ONU din 1964, pentru OMS din 1971. S-a înființat astfel Centrul European de Monitorizare a Drogurilor, Dependenților și Comportamentalilor iar grupul financiar al celor 7 țări industrializate a elaborat 40 de regulamente privind evitarea spălării banilor din traficul de droguri - Convenția de la Viena din 1990 se ocupă de cooperarea internațională privind supravegherea piețelor ilicite de droguri ca și a celor licite, în scopul de a nu fi infiltrate de crima organizată. O Rezoluție a Consiliului Europei din 1991 se ocupă de limitarea secretului bancar și de incriminarea unor infracțiuni - mijloc, cum ar fi corupția.

În România, toxicomania este favorizată de anomia tranziției, de culpabilizarea instituțiilor comuniste, de vidul legislativ și de slăbirea controlului social la toate nivelele.

Astfel se înfiripă crima organizată între români și asiatici, a racheților ce atacă agențiile de turism, a traficantului de arme de foc, de uraniu, cu filiere în Germania, Bulgaria, Polonia, Italia, prin care se importă tehnologii infracționale, se face trafic de femei, se instituie jocuri tip Caritas, se falsifică valută etc. (exemplu furtul de antichități de la Cluj avea rețea în Oficiul Național pentru Patrimoniu, în muzee, la vameși, până în Germania). România este însă țară de tranzit între triunghiul de aur (Thailanda, Birmania, Laos) și Turcia, Pakistan, cu Occidentul. Până acum s-au consfiscat 11000 kg stupefiante din filiera turcă dar și din cea columbiană. Legea 73/1969, art. 312 cod penal sancționează producerea și traficarea acestor stupefiante inclusiv prescrierea lor inadecvată. Prin legea 118/1992 România a aderat la Convenția internațională privind traficul ilicit de droguri. Există de asemenea reglementări vamale iar infracțiunea are ca obiect sănătatea publică și drepturile omului, latura obiectivă fiind fabricarea, deținerea și traficul de droguri, subiect fiind orice persoană iar latura subiectivă, intenția.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XII

PRUNCUCIDEREA SUB ASPECTUL PROBAȚIUNII MEDICO-LEGALE

Pruncuciderea constituie infracțiunea care contrazice instinctul matern ca şi datoria sacră de reproducere, cât timp, erosul. ca formă a instinctului de conservare, constituie cea mai naturală şi accesibilă posibilitate de a ieşi din precaritatea şi temporalitatea morții şi a aspira către transcendență, alături de foame, frică şi apărare, forme ale aceluiaşi instinct de conservare (Noica). Într-acelaşi timp, pruncuciderea constituie şi infracțiunea cea mai monstruoasă deoarece se exercită asupra unei ființe fragile, fruct al erotismului şi asupra unei persoane fără apărare.

Infracțiunea de pruncucidere este la limită cu avortul (ca de exemplu ca atunci când se provoacă avortul şi după naştere se omoară nou născutul, ceea ce constituie o infracțiune continuată) şi cu infanticidul, ca ucidere a unui nou născut după perioada de "imediat după naştere" prevăzută de lege şi care devine un omor calificat.

Legea defineşte pruncuciderea ca uciderea noului născut săvârşită imediat după naştere, de mama aflată într-o stare de tulburare pricinuită de naştere. Poate constitui propunere de lege ferenda ca uciderea fătului în timpul naşterii (al travaliului), deci pe cale de a deveni nou născut să nu fie calificat ca avort ci să constituie o pruncucidere, tot aşa cum, termenul de imediat după naştere poate fi prelungit până ce un nou născut face dovada că şi-a reglat funcțiile la mediul exterior (în pediatrie starea de nou născut durează o lună după naştere).

Maltratarea copilului (sindromul Tardieu-Silverman) poate duce la moarte deşi frecvent reprezintă o vătămare corporală.

Obiectul juridic al infracțiunii de pruncucidere îl constituie încălcarea relațiilor sociale ce protejează viața iar obiectul său material îl constituie întreruperea biologică a vieții.

În cadrul ***obiectului*** juridic prima problemă ce se impune spre rezolvare se referă la:

Scanned with OKEN Scanner

① Starea de nou născut considerată astfel după faptul că cadavrul păstrează pe el semnele naşterii recente (sebum, greutate, cordon ombilical rupt ori tăiat etc.). Starea de nou născut se poate produce prematur sau la termen (după 9 luni) când faptul este evocat de aspectul intern şi extern al organismului nou născutului cum ar fi greutatea în jurul a 3250 gr., lungimea de 45-50 cm, perimetrele craniene, prezența nucleilor de osificare în tibie, calcaneu, femur, a meconiului în intestin etc.

Starea de nou născut nu implică şi prezența viabilității (fiind suficient doar a se naşte viu) deoarece, autorul infracțiunii (față de intenția sau culpa sa) nu cunoaşte faptul dacă nou născutul va fi viabil ori nu. Pe de altă parte, deşi născut viu, uneori (în malformații grave) nou născutul nu va avea şi aptitudinea de a trăi, faptul trebuind afirmat în expertiză pentru a fi la dispoziția juristului în vederea calificării definitive a faptei şi sancțiunii. Deci deşi viabilitatea nu are relevanță juridică, starea psihică a mamei la vederea unui nou născut sub 1000 gr. (când de regulă este considerat avorton) poate influența rezoluția sa criminală. Aceasta explică distincția ce se face, încă din antichitate, între întreruperea unei sarcini cu expulzia unui avorton (până în luna a şasea de sarcină) şi întreruperea unei sarcini după luna a şasea, când fătul poate fi viabil.

Realitatea actului de pruncucidere se demonstrează prin leziunile produse asupra nou născutului, cu caracter comisiv cum ar fi plăgile tăiate, asfixiile mecanice prin comprimarea gâtului cu mâna sau prin ocluzia fundului gâtului (faringelui) cu obiecte moi, prin înec, prin lovirea capului etc. sau omisiv, prin abandonarea nou născutului în frig, lipsa îngrijirilor elementare date nou născutului etc.

În pruncuciderile vulvare (în timpul travaliului), când fătul deja a efectuat primul inspir dovedindu-şi posibilitatea de viață în afara organismului matern, leziunile interesează de obicei secționarea (cu un obiect tăios) formațiunilor regiunii cervicale anterioare.

Când nou născutul prin putrefacție a fost scheletizat, expertiza nu poate afirma decât faptul că a fost vorba de un nou născut la termen (expertiză osteologică).

Nu rareori, omorul este produs după perioada de "imediat după naştere" când din evoluția cordonului ombilical până la căderea sa, din dimensiunile taliei şi din greutatea corpului, din modificările interne (exemplu evacuarea meconiului din intestinul subțire şi gros, închiderea găurii Botal la cord şi apoi a canalului arterial etc.) se va deduce durata vieții extrauterine ce va depăşi conținutul infracțiunii de pruncucidere, caracterizând omorul calificat (asupra descendentului).

② Felul morții va fi violentă dar rezolvarea acestei probleme implică a ține cont şi de circumstanțele de naştere care pot eticheta unele morți ca accidentale:

- naşterea precipitată, întâlnită la multipare în 1-2% cazuri, consecutiv unor contracții uterine tetaniforme poate duce la o moarte accidentală prin sufocarea

Scanned with OKEN Scanner

(înecarea) nou născutului în lichidele de facere sau datorită sebumului de pe corp (venix cazeoza), căderii sale din brațele unei terțe persoane necalificate ce asistă naşterea. Intenția subjacentă de pruncucidere devine o problemă dificilă de probat judiciar în atari cazuri. Problema solicitării unei asistente calificate la naştere depinde de durata acestui travaliu precipitat care, la multipare, se declanşează intempestiv;

Tehnic expertal, un travaliu precipitat se va dovedi prin existența unui bazin larg (verificat), a unui nou născut cu sau sub greutate normală, născut în prezentație craniană (dovadă existența bosei sero-sanghinolente şi cefalhematoamelor eventuale la aceste nivel, (dar care, într-un travaliu precipitat sunt absente), iar în prezentațiile pelviene, mai rare, naşterea precipitată obligând la asistență medicală), cordon ombilicat în continuitate cu placenta (prin expulzie concomitentă a fătului şi placentei, deci fără cordon ombilical tăiat ori rupt), iar mama nu va evidenția leziuni perineale (dovadă a unui travaliu prelungit).

- Naşterea în WC-uri prin confuzia durerilor de naştere cu alte tipuri de dureri digestive dar care se vor dovedi prin faptul că aceste situații sunt invocate de regulă de primipare, nou născutul a fost născut viu (în pulmonul său la examenul microscopic se decelează elemente ale acestor conținuturi ca celule vegetale, animale, ouă de paraziți) şi deseori leziunile infiltrativ-hemoragice pericircumferențiale ale capului (deci înafara bosei sero sanghinolente sau a cefalhematomului ce atestă împingerea nou născutului într-un astfel de mediu).

- Căderea accidentală din mâinile unei persoane empirice ce asistă naşterea obligă la a constata un hematom pericranian unipolar (bi sau multipolar atestând lovirea capului) şi de asemenea înafara bosei şi cefalhematomului, fapt ce obligă la corelarea leziunii cu locul pretinsei căderi.

- Asfixia prin strangulare accidentală cu circulară de cordon este posibilă în naşterile neasistate sau empiric asistate, ori de câte ori se constată mai multe circulare ale cordonului în jurul gâtului, în legătură directă cu ombilicul. Ori de câte ori cordonul ombilical va fi petrecut mai complicat (şi prin axile de exemplu), va fi posibilă şi o asfixie heteroagresivă prin cordonul ombilical.

- Producerea unor leziuni de "autoasistență" în asistența empirică la naştere sau de exemplu prin introducerea mâinii mamei în gura fătului pentru a grăbi şi degaja naşterea, este probată de plăgile contuze de la nivelul comisurilor bucale sau de prezența echimozelor, flancate de excoriații semicirculare (produse de pulpa degetelor şi unghii) imediat sub menton, pe planşeul bucal exterior. Constatarea acestor leziuni la nivelul gâtului va evoca sugrumarea.

De asemenea, pruncuciderea nu va trebui confundată cu unele stări patologice ce produc decesul nou născutului într-un timp mai scurt sau mai lung după naştere:

- asfixiile obstetricale albe ori albastre întâlnite veridic în travaliile dificile, cu disproporții bazin-făt sau în prezentațiile patologice. Pentru un travaliu dificil vor pleda şi eventualele leziuni vaginale şi perineale ale mamei;

Scanned with OKEN Scanner

- boala membranelor hialine consecutivă, mai frecvent, aspirării lichidelor de facere (ce se vor constata în pulmon la examenul microscopic) sau unui deficit de surfactant pulmonar;

- pneumoniile congenitale consecutive unor suferințe materne de la sfârșitul sarcinii. Se admite că o pneumopatie a nou născutului ce apare în primele 24 de ore după naștere are un debut intrauterin (pneumonie fetală sau congenitală).

- traumatismele craniocerebrale obstetricale datorită unor travalii dificile și evidențiate de existența unor leziuni osoase sub formă de înfundări "în minge de ping pong", cu leziuni hemoragice pe suturile osoase datorită încălecării lor, cu leziuni cerebrale difuze (mecanismul hipoxic fiind constant asociat travaliilor dificile) și un pulmon de regulă nerespirat (nou născut mort).

3. Cauza medicală a morții constă în lezarea organelor vitale.

4. Data leziunilor necesită o apreciere retrospectivă, deseori acești nou născuți fiind abandonați în locuri diferite și expuși degradării factorilor de mediu.

5. Data morții, de asemenea, trebuie rezolvată ori de câte ori se întâlnesc situațiile mai sus expuse

6. Gravitatea leziunilor depinde și de durata supraviețuirii, depășirea stării de nou născut, de imediat după naștere, după expulzie, ce va caracteriza pruncuciderea, trebuind a fi deosebită de uciderea lui după expulzie ce va caracteriza infracțiunea de omor calificat în contextul unui infaticid. În acest caz, existența unor leziuni de vârstă diferită (echimoze, fracturi), întârzierea dezvoltării staturo-ponderale și psihice, existența unor pattern-uri lezionale relativ specifice (hematoame subdurale, decolări și hematoame periostale) explică maltratarea în timp a copilului și conferă gravitate agresiunii.

7. Caracterul vital al leziunilor include naşterea unui nou născut viu. Trecerea de la viața intrauterină la cea extrauterină constituie evenimentul cel mai periculos al ciclului vital, de unde multitudinea complicațiilor acestei etape. În acest sens poate exista viață fără respirație (ca atunci când pulmonul nu este destins, deci este nerespirat), dar leziunile de lovire au caracter vital deoarece exista circulație a sângelui, dar nu și invers, adică nu poate exista respirație fără viață, motiv pentru care, fenomenul umplerii plămânului cu aer devine cel mai expresiv al demonstrării faptului că nou născutul s-a născut viu.

Dovedirea medico-legală a unui nou născut viu se culege din partea pulmonului.

- Macroscopic pulmonul respirat este balonizat, roz, umple cavitatea toracică și crepită la palpare. Pulmonul nerespirat se prezintă ca două bucăți de carne în șanțurile costovertebrale, de culoare roșie închisă și la palpare oferă senzația de organ dur, parenchimatos;

- examenul microscopic, obligatoriu pentru a dovedi starea de nou născut viu, relevă fante alveolare nedesfăcute și bronșii plicaturate datorită lipsei pătrunderii aerului;

Scanned with OKEN Scanner

- o probă cu rezultate aleatorii datorită, frecvent, stării de putrefacție este docimazia hidrostatică ce constă în a pune fragmente de pulmon în apă şi când pulmonul aerat va pluti iar cel neaerat va cădea la fund.

Cum examenul macroscopic şi docimazia pretează la erori de interpretare, datorită putrefacției (când nou născutul a fost abandonat), insuflației externe în scop de reanimare (când pulmonul este destins pasiv) sau unor pneumopatii congenitale, ce îl face să cadă la fundul apei, devine obligatorie, în caz de pruncucidere, recoltarea de fragmente de pulmon pentru examen microscopic. Un nou născut mort, chiar dacă asupra lui s-au exercitat unele agresiuni, poate constitui o infracțiune putativă, de aceea toată problematica expertală a pruncuciderii depinde de această problemă a stării de a fi născut viu sau mort.

Latura obiectivă a pruncuciderii cere :

7. Stabilirea obiectului ce a produs leziunile şi secundar delimitarea pruncuciderii de infaticid prin stabilirea duratei vieții extrauterine oferită de greutate şi talie, de uscarea şi căderea cordonului ombilical, de semnele interne privind eliminarea meconiului, închiderea găurii interateriale etc.

8. **Cauza leziunilor** poate fi comisivă sau omisivă (fig. 48, 49) (abandonarea nou născutului în frig, lipsa îngrijirilor elementare necesare unui nou născut).

Fig. 48. *Strangulare cu un obiect moale*

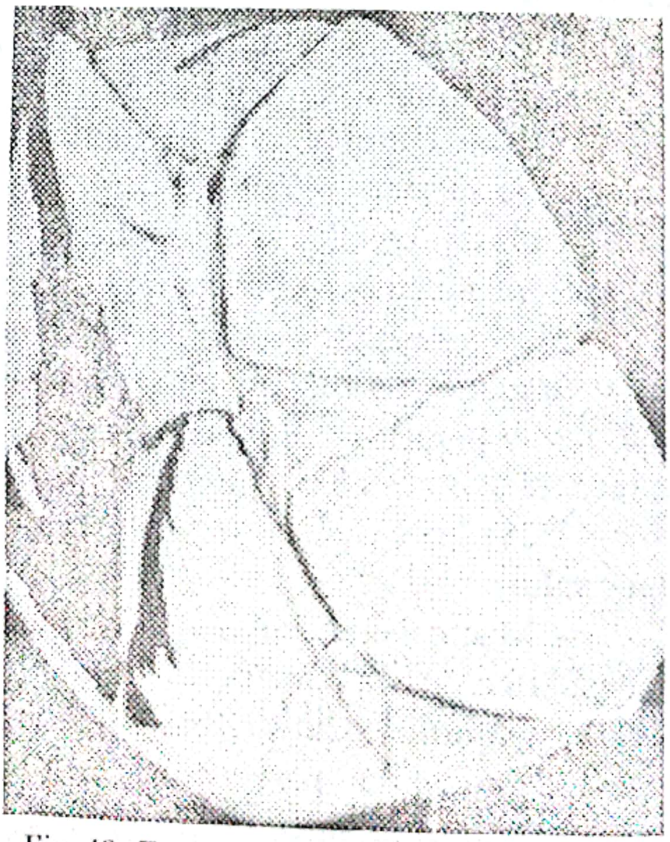

Fig. 49. *Fracturi ale craniului prin lovire cu un obiect contondent*

Scanned with OKEN Scanner

Într-o estimare generală, mijloacele omisive pledează pentru pruncucidere față de cele comisive ce pledează pentru omor calificat.

9. **Numărul leziunilor** se rezolvă conform regulelor generale.

10. **Succesiunea leziunilor**. Rezolvarea problemei "imediat după naştere" delimitează pruncuciderea de omorul calificat. Deci în cazul în care uciderea nu este imediat după naştere (indiferent dacă s-a tăiat sau nu cordonul ombilical sau dacă s-a eliminat sau nu placenta) vom fi în prezența unui omor calificat, motiv pentru care, succesiunea leziunilor trebuie corelată cu durata vieții extrauterine pentru a rezolva corect această problemă.

10. **Mecanismul de producere** a leziunilor şi

11. **Legătura cauzală a violenței cu decesul** se rezolvă după regulele generale de evaluare expertală. Totul este ca acțiunea criminală să se petreacă imediat după naştere, deci cât timp copilul păstrează pe corpul său semnele naşterii recente.

În cadrul ***subiectului infracțiunii*** se include

12. **Subiectul activ** care este mama, autor unic şi calificat. În rest, va fi o instigație sau complicitate la omor calificat (de exemplu în cazul în care un rol contributiv au terțe persoane). Nu interesează dacă mama este căsătorită sau nu.

Subiect pasiv este nou născutul .

În cadrul subiectului activ se va rezolva şi problema dacă mama putea sau nu purtea să acorde îngrijiri elementare nou născutului, funcție de travaliu (dificil la primipare)şi confirmat de eventualele accidente la naştere (rupturi perineo vaginale, anemii acute, pierderi de cunoştință de diferite etiologii).

13. Răspunderea mamei față de pruncucidere obligă la rezolvarea problemei dacă mama a prezentat o tulburare pricinuită de naştere ce justifică pruncuciderea şi care implică o expertiză psihiatrică şi alta obstetricală care, în final, subordonează soluția judiciară rezultatului expertizei medico-obstetricale. Altfel spus, în rezolvarea problemei dacă pruncuciderea s-a datorat unei tulburări legată de naştere, expertiza este suverană. În cadrul acestor tulburări pricinuite de naştere nu se vor uita nici tulburările tranzitorii de cunoştință pricinuite de diferite boli. Între cauzele legate de naştere ce explică o pruncucidere se vor analiza stările de şoc obstetrical (în travaliile dificile), anemiile (prin pierderi peste fiziologice din timpul naşterii), etc. deci cauze legate de sarcină şi naştere, dar şi cauze legate de alte boli ale mamei (boli psihice, pierderi de cunoştință etc.)

Tot legat de subiectul infracțiunii, atunci când nou născutul a fost abandonat, se pune problema identificării mamei (după semnele recente sau tardive de naştere), sau a locului naşterii (unde se vor găsi elemente ale lichidului amniotic, sânge etc.).

În ceea ce priveşte subiectul infracțiunii, de lege ferenda s-ar impune distincția dacă noul născut provine dintr-o căsătorie sau dinafara căsătoriei, cu atenuarea incriminării pentru ultima situație, aşa cum în unele legislații

Scanned with OKEN Scanner

(Germania, Italia, Spania) se diferențiază nou născutul ca provenind din căsătorie sau dinafara ei.

Latura subiectivă implică a aduce, prin expertiză, argumente pentru intenția directă (când a prevăzut rezultatul acțiunii sale) și indirectă sau eventuală (când deși nu a urmărit producerea rezultatului, l-a acceptat). De asemenea, se vor aduce argumente pentru culpa cu prevedere (ușurință), când a prevăzut producerea morții, nu a dorit-o și nu a acceptat-o dar a sperat fără temei că nu se va produce sau pentru culpa simplă (neglijentă) când nu a prevăzut rezultatul, dar, în condițiile date, trebuia și putea să îl prevadă (de exemplu naşterea la domiciliu).

Stricti juris vorbind, ori de câte ori actul comisiv a fost pricinuit de naştere duce la evaluarea faptului că intenția a apărut spontan și va caracteriza pruncuciderea iar dacă intenția este premeditată va carateriza omorul calificat.

Forma medico-legală de moarte implică a distinge moartea patologică a nou născutului de moartea sa accidentală și de pruncucidere sau omor calificat, după toate regulele expuse la punctul 2 (al felului morții).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XIII

AVORTUL ŞI PROBAŢIUNEA SA MEDICO-LEGALĂ

Avortul a fost dintotdeauna o problemă intim legată de demografie (cu riscuri de denatalitate), de medicină (a explicat o parte din morbiditatea feminină prin creşterea frecvenţei imaturităţii nou născutului, sarcinilor extrauterine şi a sterilităţii secundare), de economie (odată cu antrenarea masivă a femeii în producţie) şi de etică (uşurinţa întreruperii sarcinii determinând o mentalitate uşuratec-hedonistă faţă de relaţiile dintre sexe, astfel că prin avort, sarcina devine deculpabilizantă pentru sexualitate.

În lume s-a ajuns la ceea ce se numeşte secolul îmbătrânirii demografice datorită denaturalităţii (astăzi 42 state subdezvoltate ce au o natalitate mare de 15% din populaţia globului şi de-abia 1% din producţia mondială vin în contradicţie cu natalitatea foarte scăzută a statelor dezvoltate, astfel că bătrânii depăşesc 10% din populaţie). Ori sănătatea economică a unei ţări depinde şi de echilibrul dintre populaţia productivă şi cea neproductivă (copii, bătrâni). Se estimează demografic că o familie cu 3 copii şi cu o vârstă medie a decesului de 60 ani va dubla populaţia în următorii 50 ani. Din acest motiv, multe state au adoptat politici difrite de rezolvare a problemei avortului (10% din state au liberalizat avortul, 40% l-au liberalizat în condiţii de protejare a sănătăţii femeii, fiind admis la cerere în primele trei luni de sarcină, şi 40% l-au reglementat restrictiv, cu excepţia avortului terapeutic, eugenic (pentru riscuri ereditare) şi etic (în cazul sarcinii după viol).

Experienţa statului nostru ce a vrut să crească natalitatea prin legea restrictivă din 1966, în 23 de ani a produs peste 9000 ecese la femei tinere şi peste 40000 abandonaţi, ceea ce atestă faptul că avortul nu poate fi reprimat fără a oferi condiţii socio-economice de realizare a dorinţei fireşti şi sacre de a avea copii.

Dintre consecinţele medicale ale avortului este de menţionat că avortul a produs mai multe decese decât toate cauzele de deces la vârsta fertilă a femeii, devenind astfel marele furnizor al mortalităţii materne.

Consecinţele etice ale avortului constau în faptul că sarcina nu mai răspunde finalităţii omului în Univers şi nu are aptitudinea de a spiritualiza instinctul sexual.

Aceste consecințe se observă în modul cum a evoluat avortul. În codul Hamurabi pentru avort era pedepsit şi bărbatul, romanii îl sancționau de asemenea pentru nevoia de a popula imperiul (femeile cu mulți copii erau sărbătorite în capitoliu), la greci Aristotel cerea pedepsirea mai gravă a avortului după luna a şasea (când fătul "are vocație vitală şi sentimente"), în evul mediu, din motive succesorale şi religioase era de asemenea reprimat şi pedepsit ca o crimă (avort criminal) fapt ce a persistat până în secolul 20 în Franța (ultima femeie a fost ghilotinată pentru avort provocat).

Astăzi criteriile de incriminare a avortului pleacă, în primul rând, de la dreptul cuplului de a decide momentul şi numărul de copii şi de la stimularea prin mijloace socio-economice a natalității cât timp nevoia de copii este biologică şi reproducerea este o modalitate specific-umană de consumare a instinctului sexual. Într-acelaşi timp legislațiile caută o cale de respect a vieții umane, încă de la concepție de unde substituirera avortului prin contracepție care, consecutiv, va face caducă pruncuciderea, infaticidul şi căutarea paternității.

Astfel, atât reprimarea prin lege a avortului cât şi abuzul de avort legal (prin curetarea endometrului) face ca avortul ilegal sau avorturile legale repetate (întreruperea sarcinii) să depăşească numărul naşterilor. Din acest motiv, în statele civilizate, se insistă pe contracepție chiar dacă avortul la cerere este legalizat în primele 12 săptămâni.

La noi în țară avortul a fost interzis până în 1957, apoi liberalizat şi din 1966 deşi se căutau soluții intermediare între libertatea cuplului şi interesele societății (avortul era permis peste 45 de ani, apoi peste 40 de ani, la femeile ce au 4 copii şi după viol sau incest), rezultatele au fost dezastroase în lipsa unor mijloace scoico-economice de stimulare a sarcinii. În acelaşi timp, avortul er a considerat calificat dacă producea vătămarea corporală sau moartea femeiii, dacă se făcea pentru foloase materiale sau se făcea de către medic.

Cu toate că în 1989 s-a brogat decretul 770/1966 şi avortul a fost legalizat la cerere în primele 3 luni de sarcină şi în stări de necesitate (avort terapeutic, etic, eugenic sau chiar social la femei celibatare, în familii dezorganizate, la minore sau la femei peste 40 de ani ori care au contraindicații ale contracepției), persistă încă riscul de avort ilegal (delictual sau provocat)

Articolul 185 din Codul penal pedepseşte întreruperea cursului sarcinii după 14 săptămâni de către o persoană ce nu este medic şi în afara instituților sanitare autorizate, indiferent de mijloacele utilizate. Lipsa consimțământului femeii (indiferent de condițiile în care are loc avortul) sau cauzarea unei vătămări grave oria morții constituie forme agravante de avort. Totodată, alin. 6 al art. 185 prevede că nu se pedepseşte:

- intervenția pentru salvarea vieții sau sănătății de la un pericol grav şi iminent ce nu putea fi înlăturat altfel;
- avortul terapeutic care poate pune femeia şi în postura de a nu-şi putea exprima voința.

Față de cele de mai sus există următoarele forme de avort:

Scanned with OKEN Scanner

- la cerere (inclusiv pentru motive sociale);
- terapeutic (când sarcina constituie un pericol grav, iminent şi în viitor pentru mamă şi acest pericol nu putea fi înlăturat altfel), care justifică sacrificarea unei valori mai mici pentru a salva o valoare mai mare. Religia nu admite nici avortul postterapeutic pentru că ambele valori sunt egale iar în unele ţări occidentale, într-o astfel de stare de necesitate, medicul este obligat a interveni. Un astfel de avort de cauză terapeutică se justifică, pe lângă bolile ce creează riscuri vitale pentru mamă şi tentative de suicid, pentru riscul bolilor mintale et. Afecţiunile ce justifică un astfel de avort sunt enumerate limitativ în diferite baremuri medicale şi nu este necesar consimţământul femeii. Avortul terapeutic este indicat şi pentru risc de malformaţii la făt. În ceea ce priveşte obligaţia medicului de a interveni fără consimţământul femeii, chiar dacă pericolul este grav dar femeia refuză intervenţia medicul nu va acţiona pentru că în caz contrar ar fi un abuz de drept.
- postraumatic (după lovirea abdomenului);
- patologic (datorită unor boli ale femeii);
- empiric (delictual sau provocat).

Obiectul infracţiunii de avort este protecţia femeii şi a fătului (fără a fi luată în consideraţie viabilitatea fătului), după desprinderea sa de mamă şi dacă a fost ucis se va realiza o infracţiune contra vieţii. ***Latura obiectivă*** este totdeauna comisivă, mijloacele de întrerupere a sarcinii trebuind a fi idonee. Subiect este orice persoană ce întrerupe o sarcină iar ***latura subiectivă*** doar intenţia, neexistând avort delictual din culpă.

În cadrul ***obiectului*** se va rezolva în primul rând:

1. Realitatea sarcinii - Amenoreea nu este relevantă trebuind a fi luată cu cauţiune în diagnosticul de sarcină, existând amenoreei şi înafara sarcinii (de cauză psihică, traumatică, iatrogenă, ca în tratamentul cu citostatice). Diagnosticul câştigă în pozitivitate prin prezenţa semenelor clinice de sarcină (vergeturi, dar şi acestea pot apărea după tratamentul cu cortizon, pigmentări, mărirea uterului, ecografie etc.) Se pot utiliza şi reacţiile biologice de sarcină (cele mai fidele fiind cele radioimunologice) ce pun în evidenţă gonadotrofinele carionice specifice sarcinii, dar care pot da erori în 2% din cazuri. Aceste reacţii pot pune şi diagnosticul retrospectiv de sarcină, atunci când uterul a fost evacuat. Un examen de certitudine îl oferă examenul microscopic al cercetării violizăţilor coriale, elemente ale placentei.

Diagnosticul de sarcină va trebui să elimine:

- pseudosarcina când se produc false modificări de sarcină printr-o dorinţă imperioasă de sarcină şi o persistenţă de corp galben ce menţine endometrul în faza progestativă;
- disimularea sarcinii, ca în determinarea la o căsătorie.

Diagnosticul de sarcină va stabili şi vârsta sarcinii.

Realitatea avortului trebuie să excludă apoi:

Scanned with OKEN Scanner

↳ avortul patologic de cauze materne interne generale (genetice, ghormonale, autoimune, boli acutre sau cronice), genitale (ce ține de patologia uterului şi anexelor) şi de cauze ovulare (infarcte placentare, hidramnios etc.)

Va exclude apoi avortul patologic de cauze externe (chimice, trepidații cronice) sau chiar paterne (lues, alcoolism, radiații etc.)

Avortul patologic poate fi suspicionat când se produce în doi timpi, când rămân resturi placentare după evacuarea uterului, când vor lipsi leziunile de provocare la mamă (la nivelul organelor genitale ori după diferite injecții) şi pe făt, când în organele genitale nu se constată retenții de corpi străini (sonde, tulpini de plante etc.).

↳ avortul eugenic este indicat în boli ereditare ce se pot transmite la descendenți, în malformații ale embrionului sau fătului, la decizia cuplului, după informarea sa.

↳ avortul etic e indicat în incest (pentru risc de patologie prin consanghinitate) şi în viol (nu este firesc ca femeia să sufere şi consecința unei sarcini după viol);

↳ avortul de cauză psihică după stresuri acute şi când se pot produce avorturi în grup (blocada Leningradului, bombardamentul de la Hiroşima) cere a fi întrunite următoarele criterii: o emoție brutală, o personalitate fragilă cu conflicte psihice persistente, în condițiile unei dorințe ambivalente de a avea copii, cu antecedente de gestoză şi sarcina pe un uter infantil (hipoplazic);

↳ avortul postraumatic poate fi produs după traumatisme chirurgicale, după microtraumatisme (deseori, inclusiv sexuale) etc. O intervenție chirurgicală, cu cât este mai aproape de uter, cu atât riscul de a produce un avort este crescut. Probleme dificile de probațiune ridică avortul post traumatic delictual, prin lovire, când se cer întrunite următoarele criterii: existența sarcinii, realitatea avortului, realitatea traumatismului (uneori această realitate este psihică), intensitatea traumatismului, concordanța de sediu şi filiația de simptome între lovire şi avort.

2. Realitatea diagnosticului de avort rezultă din golirea (viduitatea) uterului sau dacă fătul mort a fost reținut în uter, din macerarea sa în lichidul amniotic. Diagnosticul de avort delictual rezultă şi din leziunile mecanice lăsate pe colul uterin sau uter (rupturi, perforații), din leziunile rămase pe făt (înțepături cu obiecte ascuțite, cu chiureta etc.) ca şi din resturile de mijloace abortive rămase în căile genitale (vagin, uter, în care se pot găsi sonde de cauciuc, tulpini de plante restante) sau produse prin agenți chimici (arsuri cu substanțe caustice etc.)

3. Felul morții va fi violentă şi ea se produce prin toxiinfecții grave, mai ales cu germeni anaerobi, urmate de hepatonefroze postabortive, gangrene uterine (resturile uterine după un avort delictual sunt un bun mediu de cultură pentru aceşti germeni), embolii gazoase (când aerul pătrunde prin vasele utero-placentare deschise) embolii amniotice (mai ales în avortul din sarcini mari), tetanos visceral (cu poartă de intrare genitală, microbii fiind introduşi prin

Scanned with OKEN Scanner

tulpinele de plante pline cu pământ) sau chiar inhibiții letale, colul uterin fiind o regiune reflexogenă.

4. Cauza medicală a morții poate fi primară (prin embolii gazoase, amniotice, inhibiții plecate din zone reflexogene genitale) sau secundară (peritonite și septicemii după efectuarea avortului cu mijloace septice sau prin perforarea uterului, hepato nefroze ori tetanos, embolii gazoase sau infarcte uteroplacentare după introducerea de spumă de săpun în căile genitale etc.

5-6. Data producerii leziunilor și data morții se vor aprecia după regulele generale cunoscute .

7-8. De asemenea, **gravitatea leziunilor și caracterul vital sau modificările postvitale a leziunilor**.

În ceea ce privește ***latura obiectivă,*** interesează:

9. Obiectul ce a produs avortul (mijloacele abortive) care în general depășește imaginația. Ele se pot clasifica în mijloace umede (toxice), uscate (prin agenți mecanici), apte (a declanșa întreruperea sarcinii) sau inapte (neidonee sau inapte de întrerupere a sarcinii). Sunt apte înțeparea membranelor cu obiecte ascuțite (fus, andrea), excitarea și dilatarea colului uterin cu declanșarea contracțiilor uterine și întreruperea sarcinii (prin sonde) etc.

Sunt inapte băile fierbinți, ferturile de drojdie îngurgitate, săriturile repetate etc. Intoxicațiile în scop abortiv dar care pot produce și moartea atestă că avortul în acest caz nu este decât un simptom al unei forme grave de intoxicație (exemplu fiertura de oleandru, mușcată etc.).

10. Posibilitatea autoprovocării avortului (self-avortul) prin îngurgitarea de substanțe toxice, infecții, etc. este facilă dar autoprovocarea prin introducerea unui obiect metalic în căile genitale trebuie admisă dacă se întrunesc următoarele condiții: femeie multipară cu colul uterin mai jos situat, cu reperarea colului, eventual în fața unei oglinzi, și dacă s-au produs perforații cu un astfel de obiect, cu sediul lor în cornul stâng dacă femeia este dreptace și invers în cornul drept dacă este stângace. Deci în cadrul mecanismului de producere, cel mai frecvent avortul este heteroprovocat, iar autoprovocarea se va admite cu circumspecție expertală.

11-12-13. Numărul leziunilor, cauza lor, succesiunea lor în timp (fiind posibil a se utiliza, în avort, succesiv, mai multe mijloace).

14. Legătura cauzală dintre leziunile abortive și deces sau producerea unor consecințe pentru sănătate și viață sexuală (când femeia devine victimă a instrumentelor utilizate) se va rezolva după ponderea cauzei și condițiilor în efectul produs.

În cadrul ***subiectului*** infracțiunii:

15. Subiect activ poate fi orice persoană ce efectuează avortul iar **subiect pasiv** femeia ce avortează.

16-17. Identificarea autorului sau victimei se face după regulele generale cunoscute cu precizarea că la locul faptei se pot găsi resturi abortive (embrionare, fetale).

Scanned with OKEN Scanner

18-19. Problema reacțiilor supravitale, frecvent posibilă, şi a stării psihice a autorului sau victimei, se va rezolva în cadrul unei expertize psihiatrico-legale.

În cadrul *laturii subiective* se vor rezolva:

20 - 21. Mobilul actului abortiv şi forma medico-legală de moarte (după avortul delictual, patologic, accidental). Oricum, avortul se comite numai din intenție, culpa nefiind posibilă.

O problemă aparte de evaluare a asistenței la naştere o reprezintă decesele mamă care după OMS (Organizația Mondială a Sănătății) sunt directe (datorită naşterii) indirecte (datorită agravării unei boli de către sarcină şi naştere) şi fără legătură cauzală cu naşterea şi sarcina. Cele directe le reprezintă îndeosebi rupturile uterine cu hemoragie peritoneală şi inerțiile uterine cu hemoragie internă. Aceste fapte fac din obstetrică o specialitate de înalt risc, cât timp naşterea este un fenomen fiziologic dar ea se poate complica până la un eşec vital (femeia ce naşte învinge moartea iar decesul devine un fapt paradoxal).

În evaluarea răspunderii se analizează data luării gravidei în evidență şi urmărirea ei, stabilirea unui prognostic de naştere şi în cazuri de risc, internarea tempestivă pentru naştere, modul cum naşterea a fost asistată.

De asemenea, utilizarea contracepției (orale, sterilete) trebuie prescrise cu responsabilitate, riscul de eşec sau complicații fiind imputabil . De aceea anticoncepționale trebuie prescrise de medic şi nu luate, supravegheate prin examinarea periodică a femeii (îndeosebi a sânilor şi prin frotiu vaginal) şi cu respectarea riguroasă a contraindicațiilor (mai ales în situațiile posibile de accidente vasculare).

Steriletele de asemenea trebuie să respecte contraindicațiile lor (la nulipare şi femeile cu infecții genitale) şi femeia să fie bine informată asupra riscurilor lor (de infertilitate definitivă, de producere a sarcinii şi a sarcinilor extrauterine, de infecție sau migrare abdominală a steriletului).

Întreruperea indicată (legală) a sarcinii poate antrena răspunderea medicului pentru accidentele letale (embolii gazoase, perforații uterine urmate de infecții) sau neletale (sinechii uterine, dismenorei, naşterea unui copil prejudiciat etc.).

De asemenea sterilizarea chirurgicală cu indicație medicală (deci legală) ce se recomandă în contraindicarea definitivă a unei sarcini, care, prin anumite boli, poate pune în pericol viața femeii ca şi în cazul intoleranței la contraceptive. Deci ca şi contracepția, sterilizarea chirurgicală definitivă implică respectarea indicațiilor medicale (altfel constituie o vătămare corporală) şi o informare exhaustivă a persoanei în vederea obținerii consimțământului său scris.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XIV

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A VĂTĂMĂRILOR CORPORALE

Prin art. 180-182 Codul penal incriminează vătămările corporale ce se delimitează în gravitatea lor după un criteriu medical. În art. 180 se incriminează lovirea sau alte violențe (lovirea simplă) ce au o formă agravată dacă vătămarea corporală necesită până la 20 zile îngrijiri medicale pentru vindecare.

Vătămările corporale ce necesită între 20 şi 60 zile îngrijiri medicale pentru vindecare caracterizează vătămarea propriu-zisă.

Vătămările ce necesită peste 60 zile îngrijiri medicale pentru vindecare sau produc pierderea unui simț ori a unui organ, pierderea funcției lor, o infirmitate fizică ori psihică permanentă, un avort, slutirea ori pun în primejdie viața, caracterizează vătămarea corporală gravă.

Prin infirmitate se va înțelege o modificare corporală raportată la normalitatea celorlalți oameni, dar raportată şi la persoana proprie şi care să fie permanentă. Slutirea implică de asemenea caracterul său permanent, să fie definitivă (nu se regenerează țesutul sau organul), indiferent ce parte corporală priveşte (față ori picioare) şi priveşte chiar şi o proteză corporală care nu disculpă, deoarece, nici acestea nu reprezintă o regenerare pe cale naturală.

Menționăm că punerea în primejdie a vieții este în realitate o preterintenție în care se incriminează intenția de a lovi şi punerea în primejdie a vieții, dacă autorul nu a acceptat şi nu a urmărit acest rezultat. Deci această infracțiune nu se omologhează automat cu tentativa de omor, deoarece, autorul nu a avut intenția de a omorî. Deci numai latura obiectivă delimitează aceste două infracțiuni. Cu alte cuvinte punerea în primejdie a vieții se referă la crearea posibilităților reale şi concrete a riscului morții, pentru că altfel, dacă a urmărit şi acceptat rezultatul, va fi un omor. Sub alt aspect al incriminării, dacă lovirea a dus la moarte se incriminează leziunea cauzatoare de moarte (183 c.p.) ca preterintenție, ori de câte ori autorul a prevăzut rezultatul mai grav dar a crezut uşuratec că nu se va produce (uşurința) sau nu a prevăzut rezultatul deşi trebuia şi putea să-l prevadă. De asemenea situația este similară înlesnirii sinuciderii şi determinării la suicid (179 c.p.) când deşi sinuciderea este rezultatul acțiunii

sinucigaşului, dacă acesta a avut loc, se pedepseşte doar înlesnirea chiar dacă această infracțiune este mai gravă când înlesnirea sau determinarea priveşte un copil sau o persoană bolnavă.

Vătămarea corporală din culpă se întâlneşte în diferite profesiuni şi se pedepseşte prin prudența profesională suplimentară pe care o implică o profesiune. Această infracțiune se referă doar la prevederile din art. 180-182 când ea devine o agravantă a lor aşa cum şi leziunea cauzatoare de moarte se limitează doar la faptele din art. 180-182 ce au dus la moarte (de exemplu lovirea urmată de cădere ce invederează legătura cauzală dintre ele).

Legea incriminează şi punerea în primejdie a unei persoane în neputință de a se îngriji ca şi lăsarea fără autor sau neanunțarea unei autorități competente a salva o persoană ce este găsită într-o stare de primejdie, ce-i pune în primejdie viața ori sănătatea şi este în neputința de a se autosalva.

Legea incriminează, aparte de vătămările corporale, încăierarea (rixul) ca act *per se*, alături de consecințele sale (vătămări corporale sau chiar omor). Incriminarea *per se* este justificată de riscul mai mare de agresiune în atari circumstanțe ca şi de dificultatea judiciară de a identifica autorii. În cadrul aceloraşi infracțiuni ce ating convețuirea socială alături de rix sau încăierare se mai incriminează profanarea de cadavre şi morminte, răspândirea de materiale obscene (confecționarea sau deținerea în vederea răspândirii lor), vagabondajul (în condiția în care autorul e capabil de muncă), cerşetoria şi prostituția (ca întreținerea de relații sexuale în scopul procurării de mijloace de existență) şi proxenetismul (ca obținerea de foloase de pe urma prostituției sau a recrutării de prostituate).

Legea incriminează şi unele infracțiuni ce aduc atingere sănătății publice aşa cum ar fi nerespectarea măsurilor privind bolile contagioase, contaminarea venerică şi recent contaminarea SIDA, (când obligația la tratament operează ca o măsură de siguranță), infectarea apei, traficul de stupefiante şi falsificarea de alimente.

Punerea în primejdie a dezvoltării fizice, mintale sau morale a copiilor de către părinți constituie o infracțiune contra vieții de familie, dar când se soldează cu leziuni corporale, ca în cadrul sindromului Tardieu - Silverman (Tardieu, medic legist a cerut pentru prima dată în Franța incriminarea separată a acestui sindrom), va constitui şi o vătămare corporală, deci un cumul de infracțiuni.

Este de reținut tendința legislației din dreptul comparat ca abandonarea unui minor sau a unei persoane incapabile, a unui nou născut, ca şi omisiunea de a da ajutor unei persoane în pericol, să fie incriminate ca răspundere obiectivă în care se exclude dovedirea culpei.

Obiectul infracțiunilor de vătămare corporală obligă la

1. Stabilirea realității vătămării (diagnosticul pozitiv) care clasifică aceste infracțiuni în gravitatea lor după un criteriu exclusiv medical: timpul de îngrijire medicală pentru vindecare. Nuse poate stabili un barem al leziunilor corporale ce intră în cele trei tipuri de vătămări corporale, deoarece, acestea se

Scanned with OKEN Scanner

evaluează după criterii strict medicale. de exemplu o leziune ce ar necesita 6-7 zile îngrijiri medicale pentru vindecare, la un diabetic, poate ajunge la 25-30 zile, iar alteori o leziune banală se poate infecta şi complica şi astfel creşte durata timpului de îngrijiri medicale. Atari leziuni se produc prin toţi agenţii vulneranţi analizaţi anterior (mecanici, fizici, chimici, biologici şi chiar şi psihici, ca de exemplu spaima produsă unui bolnav de inimă sau fugărirea unui bolnav ce cade). Oricum, în loviri se încadrează de regulă atari leziuni cutanate benigne (excoriaţii, echimoze, plăgi), în vătămări se vor încadra leziunile organelor interne necomplicate, în vătămările grave leziunile organelor interne complicate. Menţionăm că o astfel de enumerare are o valoare cu totul relativă.

Mai importante sub aspect practic sunt regulile de urmat pentru a stabili diagnosticul de leziune corporală heteroagresivă ce implică:

- o descriere minuţioasă a tuturor particularităţilor leziunii (după semiologia medico-legală şi anume, margini, dimensiuni, formă etc.) din care se va deduce obiectul ce le-a produs (ce trebuie să fie concordant cu datele anamnostice declarate de victimă sau martori). La bolnavul internat în prealabil în spital, în caz de agresiuni corporale, această descriere amănunţită revine medicului curant.
- investigaţii complimentare ce trebuie de la început să arate că sub o leziune cutanată nu se află de exemplu o fractură (acest examen neglijat poate creşte durata timpului de vindecare, dar din vina expertului);
- urmărirea bolnavului pentru a surprinde la timp eventualele complicaţii, fapt ce trebuie să se reflecte în tipul de certificat medico-legal eliberat: certificat iniţial (de evaluare ideală şi iniţială a timpului de îngrijire medicală), certificat de urmărire (ce va duce la prelungirea timpului de îngrijiri medicale în caz de vor apare complicaţii) şi certificat final (când leziunea s-a vindecat, cu sau fără sechele).

Diagnosticul pozitiv de leziune nu se poate definitiva fără a face un diagnostic diferenţial cu:

- agravarea unor stări premorbide şi a unor boli (exemplu producerea infarctului miocardic la un coronarian, perforarea unui ulcer la un bolnav cu ulcer gastric sau duodenal);
- crearea de boli prin traumatisme (boli ex novo) care până atunci nu existau (de exemplu o epilepsie, o boală de tiroidă, o pneumonie, un diabet zaharat sau un diabet insipid, chiar şi un cancer etc.) care implică, pentru certitudine expertală întrunirea a 6 criterii: inexistenţa bolii înainte de traumatism, realitatea traumatismului, intensitatea traumatismului, concordanţa de sediu a traumatismului cu organul afectat, filiaţia de simptome şi în final şi din toate acestea, realitatea bolii posttraumatice;
- simularea ca situaţie de creare a unor leziuni sau simptome, într-un scop conştient de a duce în eroare şi astfel urmărind un avantaj material şi care, se diferenţiază de simulările inconştiente din cadrul diferitelor boli psihice sau chiar organice (patomimie).

Scanned with OKEN Scanner

Simulările pot lua forma automutilărilor caracterizate, pe lângă criteriile susmenționate şi de accesibilitatea subiectului la leziune, multitudinea leziunilor (ca orice leziune autoprovocată) ca şi apariția lor în microgrupuri de subiecți (contagiunea psihică pentru ele). Pot lua apoi forma simulării unei boli sau tulburări morbide (exemplu o comă - like, un mutism psihogenetic şi akinetic, un diabet, o boală de rinichi, un icter, un ulcer etc.) şi de asemenea pot lua forma exagerării unei leziuni existente sau a perseverării într-o suferință la care, după vindecare, subiectul nu mai avea dreptul (metasimulare).

- Disimularea este ascunderea unei leziuni sau boli, în mod conştient, în scopul de a duce în eroare şi a obține un avantaj pe care boala îl contraindica. În dovedirea acestor simulări sunt importante de respectat două reguli: a considera acuza ca reală şi a căuta a o confirma ca pe orice suferință sau boală, şi numai în cazul neconfirmării sale a se proceda la afirmarea simulării. Deci până ce bolnavul să fie considerat de rea credință el trebuie considerat de bună credință.
- Simularea bolilor psihice ridică probleme dificile de expertiză pentru cei neavizați, deoarece, unele stări psihice se simulează cu dificultate şi ca atare se descopăr numai cu competență expertală, deşi uneori, simularea a ceea ce deja există se face mult mai uşor (de exemplu oligofrenia).

Se pot însă simula cu uşurință falsele atentate la pudoare (ca de exemplu simularea unui viol) sau sindromul Munkchausen (a simulării unor boli pentru a induce intervenții chirurgicale repetate, care, uneori, pot merge până la simularea unei morți aparente (ca cea a morții prin înec a lui Tom Sawer din romanul Mark Twain).

2. Felul (tipul) vătămării implică evaluarea medico-legală de completare legală a semnificației penale a leziunilor precis enunțate de art. 182. Astfel:

- pierderea unui organ sau a funcției unui organ obligă la definirea organului ca deținând o funcție vitală sau utilă vieții, chiar dacă este vorba de un organ înlocuibil printr-o proteză sau prin transplant (ochi, rinichi). Pierderea funcției nu echivalează şi cu pierderea anatomică a organului;
- infirmitatea este inferioritatea fizică ori psihică, ca urmare a unui traumatism, aşa cum ar fi pierderea unui membru, ochi, segment de calotă craniană, producerea unei boli traumatice etc.;
- Slutirea constituie o schimbare a înfățişării native a persoanei, indiferent dacă este la față sau la un alt segment corporal (exemplu cicatricile după arsura membrelor inferioare la o persoană de sex feminin); (fig. 50)
- punerea în primejdie a vieții constituie un pericol creat pentru viață la data agresiunii şi prin ea însăşi şi nu prin durata complicațiilor, prin rezultatul tratamentului etc.;

Scanned with OKEN Scanner

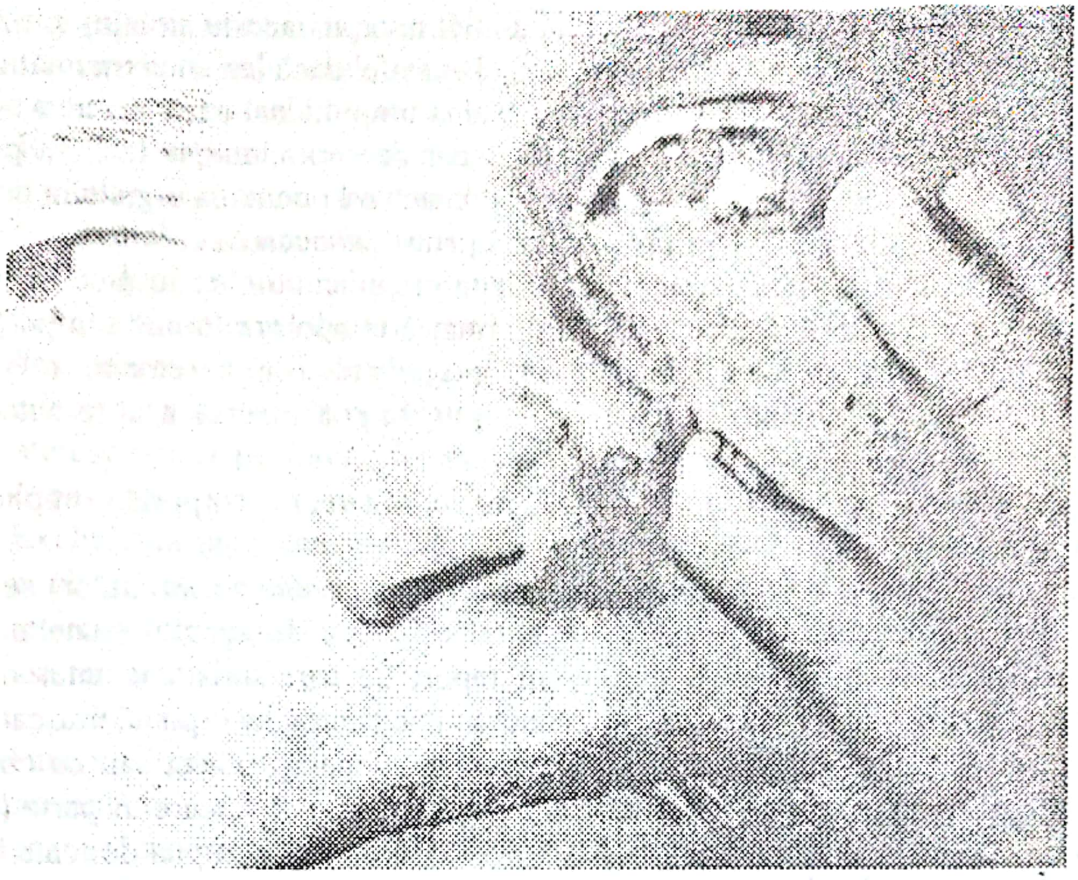

Fig. 50. *Prejudiciu estetic nasal, definitiv (muşcare de nas)*

- avortul posttraumatic se va rezolva în evaluarea certitudinii gravitătii sale prin şase criterii cunoscute (realitatea sarcinii, realitatea avortului, realitatea traumatismului, intensitatea sa concordanța de sediu şi filiația de simptome)

3. Data leziunilor (data producerii lor obligă la diferențierea leziunilor recente de cele vechi, existând tendința ca unele leziuni vechi să fie puse pe seama unor leziuni recente sau invers, a unor leziuni noi pe seama unor traumatisme vechi), aşa cum există tendința de a pune unele leziuni patologice (exemplu o fractură patologică) pe seama unui traumatism.

4. Gravitatea leziunilor decurge din numărul de zile de îngrijiri medicale pentru vindecare impus de leziune, din complicațiile eventuale, din agravarea unor boli preexistente sau din crearea unor boli organice.

Gravitatea leziunilor obligă la respectarea câtorva reguli de evaluare a timpului de îngrijiri medicale, ideal în certificatul inițial şi real în certificatul final.

Pentru a avea un caracter exclusiv obiectiv de evaluare, aceasta se va baza pe criterii morfologice (tipul, localizarea, gravitatea leziunilor etc.), pe criterii funcționale (gradul de afectare a funcției unui țesut sau organ), şi evident pe criterii terapeutice (numărul real de zile de tratament indicat de medic, indiferent de tipul tratamentului, până la vindecarea cu sau fără sechele).

Expertul are în vedere că timpul de îngrijire medicală se poate prelungi atât din vina victimei (nu se prezintă la timp pentru efectuarea tratamentului, nu respectă tratamentul etc.) sau datorită erorilor de tratament, când va evalua în

Scanned with OKEN Scanner

final timpul ideal de tratament (dacă nu s-ar fi interpus aceste situații) și timpul real de tratament (impus de aceste situații). Tot astfel dacă leziunea traumatică se va suprapune pe un fond patologic, se va evalua timpul ideal dacă leziunea s-ar fi produs pe un organ sănătos și timpul real dat de suprapunerea leziunii pe un organ bolnav, diferența de zile dintre ele reprezentând ponderea organului bolnav în prelungirea timpului de îngrijire medicală pentru vindecarea.

Gravitatea leziunii decurge și din alte prejudicii civile sau morale create de faptul penal cum ar fi incapacitățile de muncă temporare (totale sau parțiale) și definitive (parțiale sau totale) ca și prejudiciile de agrement, relaxare, depresiune morală și suicid, care, prin ricoșeu, se pot întoarce asupra autorului faptei.

Latura obiectivă a infracțiunilor de vătămare corporală implică a rezolva:

5. Obiectul ce a produs leziunea (cauza sau etiologia leziunilor) se face după regulile deja cunoscute: tipul de leziune funcție de agentul vulnerant, cu evidențierea leziunilor de tip marker în raport de caracteristicile unui obiect vulnerant (mecanic, electric etc.) sau a unui mijloc contondent (plagă mușcată).

6. Numărul leziunilor ca fiind produse cu același obiect sau cu obiecte diferite obligă la o evaluare a timpului de îngrijire pentru fiecare în parte (dacă sunt produse de mai mulți autori) și a timpului de îngrijire impus de toate la un loc (dacă este vorba de un singur autor).

7. Succesiunea leziunilor în timp se rezolvă după regulile generale cunoscute.

8. Mecanismul de producere a leziunilor (patogenia leziunilor) implică deosebirea leziunilor active de cele pasive (a celor produse prin lovire de cele produse prin cădere) după regulile generale: de exemplu o fractură de cubitus la un capăt al osului și de radius la celălalt capăt evocă producerea fracturii prin cădere, tot așa ca și o fractură de formă spiroidă a femurului. Au importanță și topografia leziunilor, cauzele interne ori externe de cădere etc.

9. Legătura cauzală dintre traumatism și leziune rezultă din criteriile medico-legale de evaluare (ele devin nex-ul cauzalității în atari leziuni) și implică:

- Realitatea traumatismului ca rezultând din circumstanțele de timp a producerii leziunii, de intensitatea și forma morfologică a leziunii (cum s-a spus, de exemplu, o fractură spiroidă exclude lovirea);
- Natura leziunii (de exemplu un hematom trebuie să fie traumatic și nu patologic);
- Concordanța topografică (localizarea) traumatismului cu leziunea, excluzând prin aceasta leziunile de contralovitură, emboliile grase, infiltratele hemoragice la distanță de locul impactului traumatic, fracturile la distanță de locul impactului).
- Relația funcțională a sechelelor cu leziunea și traumatismul ce se va deduce și din succesiunea lor în timp, etc., ca în cazul comei, avortului postraumatic

Scanned with OKEN Scanner

etc. când se vor lua în considerare simptomele punte între leziune şi sechele (de exemplu accidentele neurologice după intoxicatia cu CO, ulcerul gastro-intestinal după un stres etc.).

- Relaţia temporală cu traumatismul (cronologia evolutivă de la leziune la sechelă) ca în cazul unei necroze aseptice de cap femural după o luxaţie traumatică a femurului, a osteomielitei după traumatism, a anevrismului aortic după un traumatism toracic etc. care obligă la o interpretare adecvat-ştiinţifică a intervalului liber dintre traumatism şi sechelă.
- Excluderea unui proces patologic sau traumatic anterior şi evaluarea adecvată a factorilor predispozanţi, a stării anterioare (exemplu - evoluţia aterosclerozei pe fond diabetic, a osteoporozei la distanţă pe o fragilitate osoasă etc.).
- Excluderea unor cauze străine ce se pot interpune între agentul traumatic etiologic şi consecinţele finale, cum ar fi de exemplu interpunerea unei boli intercurente, a unor erori de conduită medicală, a promptitudinii solicitării asistenţei medicale etc.

Se cere însă ca aceste cauze să fie necesare şi suficiente pentru a determina o prezumţie medico-legală de legătură cauzală grea, precisă şi concordantă ce va ajuta juristul la stabilirea legăturii cauzale de imputabilitate a faptei antisociale în faptul produs.

Subiectul infracţiunii implică:

10. Identificarea autorului după leziunile lăsate pe el de victimă sau după un portret vorbit;

11. Relaţia victimă-agresor prin direcţia de producere a leziunilor;

12. Răspunderea faţă de fapta comisă prin analiza poziţiei subiective a autorului faţă de fapta imputabilă în cadrul expertizei psihiatrico-legale.

În cadrul laturii *subiective* este util a oferi justiţiei elemente privind:

13. Mobilul faptei (de exemplu producerea lor în cazul conflictelor conjugale, în încăierări etc.) şi

14. Diferenţierea leziunilor ca fiind heteroprovocate, autoprovocate sau accidentale, după criteriile incluse în tabelele anexă.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XV

CONSIDERAȚII DE CRIMINOLOGIE CLINICĂ PRIVIND VIOLUL

Violența sexuală, în deosebi violul, (silirea, forțarea femeii la un raport sexual), constituie, sub consecințele sale cele mai pernicioase, o problemă juridică de impunitate şi sancțiune, dar nu mai puțin şi o problemă umană, relațională şi socială.

Dintotdeauna, pe lângă incriminarea actului de viol, acestui tip de agresiune i s-au relevat consecințele sale psihologice, familiale ori sociale, în cadrul morbidității prin violență a unei comunități oarecare. Astăzi laxitatea moravurilor şi a relațiilor dintre sexe, creşte riscul de forțare şi agresiunea sexuală.

Incidența violului

Literatura de specialitate relevă că doar circa 16% din violuri (adică 1 din 6-10 violuri) sunt reclamate, ceea ce relevă o frecvență de 35 de cazuri la 100.000 locuitori, rata violului crescând cu 45% în ultimul deceniu. În societățile tehnologice post-moderne se relevă că, i decursul vieții, o femeie are 25% neşanse de a fi victimă a unui abuz sexual.

În România, în anul 1994 s-au reclamat 1322 de cazuri de viol, din care, 17 soldate cu deces.

Cauzele contenției victimologice privind reclamarea violului

Contenția de a reclama violul rezidă în:

- dificultatea unor victime de a evalua tentativa de viol (prin atingerea organelor sexuale externe) de intromisiune, ce dfineşte actul sexual consumat;
- jena şi pudoarea publică față de publicizarea actului, mai ales din partea femeilor fără viața sexuală;
- reținerea victimei față de stresul interogatoriilor şi expertizelor medico-legale;

- neîncrederea față de soluționarea judiciară a cazurilor, cât timp, în unele societăți, justiția este reprezentată cu precădere de către bărbați. Atitudinea dubitativă a juriștilor și experților este percepută de victimă ca o nouă agresiune, ca un fel de "viol judiciar", fapt ce îi exacerbează sentimentele de culpabilitate, o determină la supravictimizare și o inhibă de a face sau de a continua o reclamație judiciară;
- ambivalența atitudinilor față de agresor, generată de speranța legitimării prin conjugalitate a actului comis.

Scurt istoric al incriminării violului

Faptul că, funcție de timp și spațiu, comportamentul sexual s-a prezentat complex în realizarea sa inter-relațională, a făcut ca violul, un fel de rămășiță a incestului, să fie evaluat în mod diferit.

La greci violul era considerat mai puțin grav decât înșelătoria (seducția), deoarece, prevala, nu atât abuzul sexual cât încălcarea sentimentului de loialitate față de partener. Faptul apare concordant cu mesajele filosofiei și moralei aristotelice în care prevala apărarea atributelor psihice ale persoanei, înaintea celor fizice sau faptul că primele condiționează și favorizează și pe cele fizice într-o agresiune sexuală.

La evrei violul apare, dimpotrivă, ca o ofensă civilă, în primul rând și apoi morală, cât timp, legislația pedepsea deopotrivă violul ca raport sexual comis prin forță, spaimă ori înșelăciune și excludea de la pedeapsă violul contra femeii căsătorite și contra prostituatelor, nu atât pentru condiția lor civilă sau morală, cât pentru aptitudinea (dată de experiența sexuală) de a-l evita.

În Evul Mediu, sub influența concepțiilor religioase și în Renaștere, sub influența concepțiilor umaniste, violul se pedepsea cu castrarea sau chiar cu moartea, abolindu-se orice alte criterii de incriminare, cu excepția agresiunii sexuale propriu-zise, ce trebuia probată prin strigătul victimei. În absența acestui strigăt se prezuma consimțământul, dar, cu toate acestea, pedeapsa, lăsată la discreția judecătorilor, putea lua în considerare și alte circumstanțe ce împiedicau victima să strige.

Astăzi legislațiile incriminează în viol încălcarea dreptului la autodeterminare în ceea ce privește sexualitatea, libertatea femeii în domeniul vieții sexuale. Se incriminează astfel raportul sexual comis cu violență sau prin mijloace ce paralizează voința, ca și raportul sexual cu o femeie fără discernământ sau cu o persoană sub 14 ani.

Aspecte de drepot comparat privind violul

Legile penale europene din secolul XIX, ce considerau violul un atentat contra pudorii, comis cu violență, împotriva unei persoane de sex feminin sau chiar de sex masculin, ca atunci când era vorba de agresiuni prin perversiuni sexuale (de exemplu la noi legea penală din 1865), se află la baza legislațiilor contemporane.

Scanned with OKEN Scanner

În țările anglo-saxone, în viol se accentuează incriminarea nu atât pe rezistența victimei, cât pe forța (coerciția) agresorului, motiv pentru care această modalitate de incriminare se extinde și asupra altor tipuri de violuri cum ar fi acelea prin constrângerea publică sau morală, ori de câte ori, aceasta (ca și forța morală) depășesc, ceea ce procesual, aceste legi definesc prin "reasonable doubt".

În legislația majorității statelor europene se tinde a se incrimina orice tip de agresiue sexuală comisă de către oricine și contra oricui, până la ceea ce codul penal francez incriminează ca *viol surpriză*, noțiune largă, ce poate lăsa loc interpretării aleatorii a situațiilor ambivalente ale victimei față de agresiunea sexuală (Eminescu sesiza adecvat aceste ambivalențe prin postura victimei de "m-ai n-ar vrea, mai s-ar lăsa").

O problemă mult discutată în dreptul comparat se referă la violul marital (conjugal), acceptat în Franța în 1990 și abolit în USA în 15 din 50 de state. Acolo unde este incriminat se justifică aceasta prin faptul că, din 36 milioane de victime, 14 milioane au fost victime ale violențelor sexuale intraconjugale. În aceste state căsătoria nu este considerată "o licență de viol", un drept al bărbatului de a forța, consecutiv unui pretins consimțământ mutual, ci dimpotrivă, relația maritală, *per se*, trebuie să "imunizeze soțul" fața de orice violență neconsimțită.

Curtea Europeană de Justiție de pe lângă Consiliul European incriminează de asemenea violul marital în baza dreptului inalienabil al soției asupra corpului său, considerând caduc consimțământul tacit la actul sexual dat odată cu contractarea căsătoriei.

Către o definiței comprehensivă a violului

Multe ambiguități caracterizează definiția violului. Criminologic se impune a se elimina tot ceea ce este vag în definiția violului, care trebuie construită pe baza elementului său esențial și anume, raportul sexual forțat al unei persoane împotriva alteia. În acest element esențial de forțare (de siluire) ce include, pe lângă sexualitatea coercitivă fizic (violență) și noțiunea de sexualitate neconsimțită, nedorită, se poate corela cu orice alt element care, alături de forță și amenințare, depășesc voința femeii de a se opune, până la orice formă de sexualitate pernicioasă ori degradantă. Astfel, oricât de fragile ar apărea frontierele dintre violență și non-violență, acestea nu pot scăpa elucidării judiciare.

Dintr-o atare definiție euristică rezultă și hermeneutica (semnificația) violului ca violență bazată pe putere și inegalitate, care încalcă libertatea și autonomia persoanei și prin aceasta degradează sensul sexualității umane bazată pe afecțiune și perteneriat liber consimțit. La om violul nu mai pooate fi conceput ca un act pur fizic de posesiune fizică și diseminare a informației genetice, ca act pur pulsional, acesta fiind secundar ofensei aduse unei persoane și prin persoană,

Scanned with OKEN Scanner

specificului uman al sexualității, prin excelență imprimat în psihologia femeii, atât genetic cât și ontologic, prin educație și cultură.

Patternuri (tipuri) de violență sexuală

Pulsiunea sexuală este legată de agresivitate (spune Freud și practica o relevă), mai ales în sexualitatea cu substrat exclusiv hedonic. De aici se deduce și tipologia agresorilor sexuali (sexopați, dar cu discernământ), incapabili de inhibiții moral-afective, specific umane, și care delimitează cercul larg al deviațiilor sexuale. Atari tipologii includ:

- autori ai violențelor ce relevă agenezia sentimentelor etico-sociale și exaltarea consecutivă a pulsiunilor sexual-hedonice (sexopați);
- autori ai violurilor asociate cu acte de sadism, ca manifestare a unor complexe de inferioritate generate de disfuncții sexuale și deturnate în acte de răzbunare asupra femeilor;
- autori ai violurilor prin dificultăți de viață heterosexuală care, datorită sentimenetelor de culpă și inferioritate față de femeie, își declanșează agresivitatea ca un mod de compensare a infirmității sexuale (heterosexualitatea deficitară fiind cunoscută ca un puternic "detunător" de agresivitate).

Aceste tipologii de violatori determină o multitudine de tipuri de viol, fiecare fiind întâlnit și invocat, în diferite aspecte:

- **violul de întâlnire**, asupra unor femei întâmplător ieșite în cale, poate fi expresia unei descărcări de pulsiune sexuală la un excitant oarecare oferit de victimă;
- **violul de stradă (de gașcă)** este consecutiv unor circumstanțe adolescentine, de debut sexual sau unor combinații neavenite de grup și incorect sesizate de victimă;
- **violul precedat de hărțuire sexuală** este acela generat de comportamentul echivoc al victimei, de privirile insistente sau de "glume deochiate" și în care limita dintre abuz și consimțire devine judecată *post hoc*;
- **violul seducție** poate fi definit ca atare în virtutea definiției comprehensive invocate și în care intră și înșelarea (frauda) consimțământului;
- **violul raptus**, produs prin furie, mânie sau "repezire", este motivat de o compulsiune sexuală și se realizează, de regulă, prin lovire urmată de raport sexual și nu rareori ca act de răzbunare la opoziția femeii;
- **violul putere** se descifrează ca o expresie a manifestării de dominație a bărbatului asupra femeii, dominație transformată mental într-o reprezentare a femeii ca un simplu obiect sexual;
- **violul anempatic** implică o nediscriminare a trăirilor și sentimentelor victimei într-o agresiune sexuală și poate fi considerat un fel de viol non-cognitiv și non-afectiv prin lipsa de înțelegere a subiectului, a acestor trăiri psihice negative;

Scanned with OKEN Scanner

- **violul sadic** este acel acompaniat de maltratare şi chinuire a victimei, ca exaltare a agresivităţii la opoziţia ei, deseori chiar la invocarea milei de către victimă;
- **violul de proximitate** este caracteristic violatorilor în serie, care recurg la modalităţi stereotipe de violare;
- **violul "legal" sau intramarital**, ce ia înfăţişarea unui raport sexual legitim, deşi soţia, din motive diferite, se opune.

Rădăcinile ancestrale ale violului

Violul constituie o rămăşiţă a pulsiunii sexuale ancestrale ca reîntoarcere de reprezentare a femeii la stadiul ancestral de obiect sexual. De aici şi remanenţa unor prozaice afirmaţii după care "sub centură nu este nici credinţă nici lege". Tot ca o reminescenţă ancestrală se poate considera şi faptul că motivaţiile din spatele violului devin, la unele persoane, mai puternice decât inhibiţiile morale specifice humanizării omului. De asemenea, ancestrală etologic pare şi exacerbarea pulsiunii şi plăcerii sexuale concordant cu opoziţia victimei la actul sexual. Încă Freud releva că "eul nu este stăpân la el acasă" şi că pulsiunile sexuale inconştiente deţin un rol în comportametul sexual al unor persoane la care reprimarea unor atari pulsiuni creşte rata anomaliilor sexuale. Altfel spus, barierele morale în calea instinctelor, mai ales sexuale, nu sunt totdeauna şi la toţi eficace, deseori condiţiile ambientale favorizându-le desfăşurarea. Chiar şi sub aspect victimal, în situaţii de limită între consimţământ şi violenţă, mai ales la persoanele fără viaţă sexuală, tendinţa hedonică este de deplasare a frecvenţei raportului sexual mai mult către viol decât către consimţământ. În sexualitate, deci implicit şi în viol, bărbatul vede realizată mai ales puterea sa ancestrală, iar femeia îşi vede realizată alegerea. Sub aspect etologic, fapt moştenit din lumea animală a omului, puterea devine astfel calea cea mai sigură de transmitere a informaţiei genetice şi prin care, energia sexuală eliberată, exprimă o parte a energiei cosmice transgresată fiinţelor vii, cu precădere celor de sex masculin.

În ce măsură însă omul poartă răspunderea instinctelor (pulsiunilor) sale nestăpânite, nesublimate în ceea ce este specific uman în sexualitate şi anume respectul, tandreţea afectivitatea, este o problemă pe care cultura şi societatea nu o pot eluda, deoarece, această sublimare este ceea ce a desprins omul de alte specii şi a dat autonomia specific umană.

Origini psiho-sociale ale violului

Incriminarea violului reflectă humanizarea progresivă a speciei om, humanizare încorporată progresiv în sentimentele de repudiere şi dezaprobare a sexualităţii abuzive de către opinia publică. Deşi, sub aspect fiziologic, încă de la origine, sexualitatea a oscilat între atitudini polare, şi astăzi, în violenţele sexuale, întâlnim reminescenţe atitudinale, pe de o parte, de pulsiune sexuală nestăpânită, ce transformă femeia într-o pradă a sexualităţii fără afecţiunea specific umană şi

Scanned with OKEN Scanner

când, prin violență, se pot depăși frustrări consecutive unor disfuncții sexuale, și pe de altă parte, când datorită inhibițiilor excesive, fantezia sexuală ce se naște, pe lângă nevoie și nevroză, poate lua și forma violului ca sexualitate morbidă.

În condițiile vieții moderne, violența sexuală poate avea deci origini în:

- lipsa afectivității din copilărie, ce generează agresivitate ca "un mod de viață" și prin care femeia poate deveni doar un obiect al plăcerii sexuale (Se știe că cine nu a simțit dragostea în copilărie la rândul său nu va iubi). Un astfel de handicapat afectiv nu va reuși a face distincție între afectivitate (tandrețe) și putere (hedonism) în sexualitate, astfel că la atari structuri psihopatice de comportament se instalează "anestezia afectivă" și fantasmele devin deseori mai bogate decât realitatea;
- în faptul copilului sau adolescentului de a asista la raporturile sexuale ale adulților și a-și canaliza imaginativ începuturile și apoi derularea experienței sexuale către atitudini disfuncționale, inclusiv violente;
- în asocierea orgasmului cu violența, ca în maltratările copiilor, situații care conduc la o preocuprae exclusivă pentru plăcerea sexuală instinctuală și la asocierea sexualității cu atitudinile sadice, agresive de comportament;
- în morala puritană a interdicțiilor impusă prin exces sau vicii educative care transformă sexualitatea într-o problemă privilegiată și deschide cale satisfacerii sale pe cale deturnată;
- în pornografia care face din sexualitate un "instrument ucigaș", cu riscul de transformare a oricărei teorii sexuale într-o violență sexuală și violul într-o activitate practică;
- în aceiași măsură, solitudinea și lipsa amiciților poate duce la misoginism și violență sexuală prin răzbunare sau ca mod viciat de stabilire a unor relații inter-subiective;
- în incultura și neînțelegerea, prin vicii educative, a specificului uman al sexualității, ca descinzând din creația primară și prin care devine, la rândul său, sacră, creatoare și totodată epistemică, adică dotată cu virtuți de cunoaștere (sexualitatea ca mod de cunoaștere și comunicare inter-umană).

Paradigme fiziologico-morale privind sexualitatea

Sexualitatea, în general și cea individuală, în special, constituie "un univers uman închis în el însuși", cât timp, sexualitatea poate fi peste tot, de la o privire până la o crimă. În anumite împrejurări individuale, sexualitatea, mai ales masculină (al cărei rol activ ține de fiziologia sexualității), devine o fatalitate genetică, anatomică și fiziologică, ce exprimă cele mai aberante determinisme. (Nu dorea C. Pavese tratarea disfuncției sale sexuale chiar și prin viol?)

În sens fiziologic, orice elan pur spiritual, către o femeie, poate fi încărcat de cele mai ascunse gânduri. Dragostea, deși vrea să se nască mascată, are, în

Scanned with OKEN Scanner

acelaşi timp, nevoie şi de obstacole pentru a se întări, are nevoie de "o lucire a aparenţei", care să fie superioară dezgolirii imediate a intimităţii. Din acest motiv, la om, o perversiune, chiar în intimitate, poate fi, sub aspect psihologic, mai gravă decât un raport sexual pretins a fi viol. Dar aceste ostacole pot merge până la abuz? Aici intervine specificul sexualităţii masculine de empatie afectivă, ce trebuie să dea instinctului anvelopa sa umană, precum şi al specificului sexualităţii feminine, ce se consumă în climatul uman al conştiinţei de a fi dorită, de a nu fi tratată ca un obiect sexual. Din atitudinile negative, antinomice, ale acestei fiziologii sexuale şi anume din predominenţa pulsiunii sexuale despuiată de afect şi tandreţe versus conştiinţa de obiect sexual, rezultă o interfeenţă ce se focalizează în acuza de viol.

Dacă dragostea şi sexualitatea trebuie să rămână o cale de a ne răscumpăra de păcatul originar şi de a exista uman, "consemnarea tandreţei în faţa unui notar sau sexualitatea ce ar face obiectul unui contract scris", ar deveni caduce în faţa realităţilor metapsihologice ale sexualităţii umane. Nici un cod al "relaţiilor sexuale generalizate" şi nici un drept de supraveghere a intimităţii nu vor reuşi să protejeze această intimitate sexuală, să suprime durerea agresiunii sexuale fără a îndolia fericirea inter-umană.

Legea şi cutumele au rolul de a contribui educativ la canalizarea sexualităţii pe făgaşe specific umane, astfel ca, împotriva riscului de depăşire al unui rol sexual sub aspect fiziologic, dragostea să rămână calea răscumpărării omului de recădere din nou în animalitate.

Concepţii şi atitudini doctrinare privind violul

Plecând de la realităţile biologice ale sexualităţii masculine ca fiind:

- activă şi deci cu rădăcini etologice, fapt ce explică gelozia şi disponibilitatea nefirească către agresiune sexuală;
- de a fi expusă variabilităţii, de la individ la individ, ca mod de asemenea etologic, de a creşte oportunităţile de reproducere;
- de afi despuiată, deseori, în impulsiunile sexuale, de elemente de raţionalitate, fapt confirmat deseori de ineficacitatea pedepselor în domeniu, în incriminarea violului se vor confrunta concepţii liberale şi rigoriste (radicale), cu reflectare asupra concepţiilor criminologice.

Concepţiile liberale pleacă de la realităţile biologiei comportamentului sexual şi cer o incriminare a violului în sintonie cu fiziologia sexualităţii, ca singură funcţie consumată între două persoane şi care, ca atare, exclude orice egalitate fiziologică sexuală. Este o realitate faptul că în contrlul sexualităţii există diferenţe fiziologice între bărbat şi femeie, când, până şi consimţământul poate fi contaminat de această inegalitate a "puterii sexuale". Dacă însă fiziologic, deci normal, femeia devine "subordonată" în sexualitate, deoarece fiziologia sexuală este construită pe această inegalitate, numai morala şi dreptul le pot egaliza, altfel spus, variabilitatea genetică, nu poate fi corectată decât prin drepturi sociale şi juridice, ce nivelează diferenţele ereditare. Cu alte cuvinte,

Scanned with OKEN Scanner

plecând de la atari realități, se cere a fi prudenți în incriminarea pretinselor agresiuni sexuale, iar acolo unde fiziologia nu este depășită și probată, să nu aruncăm sancțiunea, ce poate compromite definitiv sexualitatea unui om.

În demersul unor atari concepții liberale se merge până la dezincriminarea agresiunilor sexuale sub influența atitudinilor de justiție restaurativă, copiată (sub aspectul eficacității sancțiunilor comunitar-cutumiare) de la unele triburi actuale și sub influența rolului precumpănitor victimal (al rolului victimei feminine) în geneza și consumarea unor astfel de acte.

Concepțiile rigoriste, dimpotrivă, cer un plus de incriminare a violului, plecând de la curentele feministe actuale și de la proclamarea drepturilor inalienabile ale femeii care consideră violul o lezare gravă a individualității și autonomiei persoanei și care constituie baza vieții sociale. Ca lezare a demnității femeii și a dreptului său la autonomie se merge până acolo în a se promova ideea ca orice "crudă insultă sexuală" să facă obietul unei incriminări, deoarece, exploatează emotivitatea firească a femeii în atari circumstanțe și devine o ofensă adusă ei și prin ea familiei moderne, în care, femeia nu mai este "proprietatea" bărbatului.

În orice circumstanțe, ca și în familie, femeia este un partener și nu un obiect sexual, de aceea, orice tip de agresiune sexuală și indiferent de condiții, evocă o rămășiță a unui statut depășit al femeii ca fiind "de condiție inferioară". Este aici un fel de "rasism de gen", care nu își are nici o justificare bio-umană și socio-relațională.

Concepțiile criminologice moderne trebuie să aibă în vedere și să preia tot ceea ce este pozitiv și realist din atitudinile liberale și radical rigoriste, privind incriminarea violului. Într-o constelație criminologică incriminatorie se va avea în vedere personalitatea autorului, grefată și de condiția sa sexual-fiziologică, mediul afectiv macro și micro-social (familiar, de grup), în care s-a format un atare comportament și, cu pondere egală, și factorii situaționali, circumstanțiali, ce favorizează trecerea la act. Pe lângă faptul că ideile criminologice trebuie să se afle la baza incriminării sau dezincriminării unui fapt social, atari informații științifice trebuie să călăuzească și atitudinea pragmatică de soluționare judiciară și umană a unor atari tipuri de agresiuni.

Factorii situaționali ai violului

Se afirmă, nu exagerat, că violul se naște întotdeauna din circumstanțe, din situațiile ce îl favorizează. Printre acești factori situaționali sunt de amintit:

- consumul de alcool constituie un elemnt predictiv important pentru riscul de viol, deoarece favorizează sugestia și percepția sexuală, pe de o parte și înlătură barierele morale ce înconjoară instinctul sexual, pe de altă parte;
- provocarea sexuală sau hărțuirea sexuală ce rezidă în avansuri, glume, flirt-uri etc. ca forme considerate benigne de comunicare sexuală și nu atât de hărțuire sexuală, dar pe care o facilitează. În practică, atari forme de

Scanned with OKEN Scanner

comportament, relativ normal, devin foarte dificil de deosebit de consensul sexual;

- subculturile marginal-violente, aglomerările urbane, întunericul şi indecenţa, sexismul actual (laxism-ul sau libertinajul sexual) sunt alţi factori situaţionali ce scad pragul de inhibiţie şi reprezentare a consecinţelor unui abuz sexual;
- nu în ultimul rând, credulitatea şi infantilismul ce se interferează cu victimologia violului sunt factori de risc ce precipită (favorizează) trecerea la act. Credulitatea (după constatarea "mai n-ar vrea, mai s-ar lăsa") se asociază intim cu lipsa de prevedere a consecinţelor violului.

În literatura de criminologie clinică există tendinţa ca aceşti factori situaţionali să fie consideraţi şi grupaţi în factori de risc ai violului, care includ în plus:

- stereotipia relaţiilor sexuale şi promiscuitatea sexuală cu tendinţa de a transforma un raport sexual consimţit sau pseudoconsimţit, într-o sursă de indemnizare;
- remanenţa convingerii ancestrale că în sexualitate femeia este doar un obiect sexual, de unde imaginea că forţarea nu este violenţă;
- frecventa asociere a abuzurilor sexuale cu publicitatea pornografică;
- prelungirea infra-agresivităţii ca rol activ în sexualitate într-un adevărat sadism reactiv la opoziţie.

Victimologia violului

În criminologia victimei se constată că rolul victimei în provcarea sau desfăşurarea unui act sexual este esenţial şi deseori predominant. Altfel spus, sub aspect criminologic, victimologia domină violul. Într-adevăr, într-o privire etico-psihologică, cu cât o valoare apărată este mai mare, cu atât faţă de ea se manifestă o sensibilitate mai accentuată la risc şi la victimizare. Pentru multe persoane, sexualitatea ca valoare şi valorizare personală confirmă acest adevăr. Tot atât de veridic este şi faptul ontologic după care aşa cum în dinamica sexualităţii consimţite bărbatul deţine rolul activ iar femeia un rol pasiv, şi în viol, ca o prelungire a acestei realităţi ontologice, bărbatul devine agresiv iar femeia trebuie să fie victimă. În ce măsură în sexualitatea normală femeia doreşte disimulat puterea pe care în viol o rejetă, constituie o problemă de profundă psihanaliză a inconştientului sexual; (într-o astfel de abisală şi transcedentală analiză, s-ar putea constata că Eva nu s-a prezentat în faţa lui Adam ca sex slab, ci dimpotrivă, prin seducerea lui, a avut un rol bine definit în ruperea legăturii omului cu Creatorul).

Dar de la cele mai de sus şi până la afirmarea unei legimităţi victimologice în viol, fie prin "lăsarea uşii deschise", fie prin "introducerea duşmanului la locul faptei, colaborarea la sexualitate şi apoi prezentarea rufăriei la tribunal", situaţiile victimologice necesită a fi riguros descifrate şi proporţional

Scanned with OKEN Scanner

afirmate, deoarece, altfel, o victimizare gratuită, mai ales în viol, poate aduce stigmatizarea şi etichetarea comportamentală.

Ca factori de risc victimologic (factori de risc ai vulnerabilității de victimizare sexuală) nu pot fi neglijați:

- sexualitatea precoce care aduce lipsa valorizării umane ulterioare a sexualității şi înclinarea inevitabilă pe "panta lunecoasă" a victimizării şi desfrâului sexual;
- relațiile incestuoase sau abuzurile sexuale în antecedente (pedofilia) ca şi promiscuitatea sexuală (prostituția). Astfel statisticile relevă că 30% din victimile violului au fost abuzate sexual în copilărie;
- îmbolnăvirile psihice care, prin lipsa discernământului privind reprezentarea conținutului şi consecințelor unui act sexual, facilitează violul;
- moda excentrică, turismul, plimbările solitare, nocturne şi în locuri riscante. Realitatea victimologică a unor "femei vulnerabile" după modă, îmbrăcăminte, antecedente etc., care arată "de parcă cer a fi violate" a făcut ca în unele culturi şi societăti să se impună uniforme comune (salopete, haine ce acoperă corpul în totalitate, cu excepția feței) ca în epoca victoriană a sexualității;
- vârsta victimelor care, fie că nu posedă conştiința gravitătii şi consecințelor unui act sexual (copiii), fie că trăiesc solitar, în condiții marginale (femei văduve, în vârstă).

În esență, în viol se pot sistematiza două tipuri de contribuții victimale şi anume o victimizare primară şi alta secundară. Victimizarea primară se reflectă în contribuțiile victimei la efectuarea (facilitarea) violului iar victimizarea secundară se referă la consecințele proprii sau publice, familiare sau de mass media, ce pot merge până la stigmatizarea şi etichetarea victimei, cu toată patologia sexuală legată de această etichetare.

Victimizarea secundară a violului

Violul, crimă explicată inter-relațional, aduce, în mod inevitabil, consecințe individuale, morale, sociale şi juridice. De la o victimizare indirectă a familiei până la o "criminalitate de vecinătate" (protituție, infanticid etc.) nu sunt de evitat consecințele de natură empatică (de identificare pozitivă sau negatival cu actul suferit), iar la femeile căsătorite, de degradare a raporturilor intime de cuplu.

Cele mai grave consecințe ale violențelor sexuale se înregistrează în perioada copilăriei şi la persoanele fără viață sexuală unde violența sexuală produce ulterior tulburări grave de comportament sexual cu anxietate şi frică față de orice sexualitate, comportamente de tip regresiv, când, orice sexualitate normală va fi inconştient percepută ca un abuz sexual şi chiar rejetată. La copii şi tineri, atari consecințe merg până la fragilitate psihică frapantă față de eşecuri şcolare, față de grup, iar la femeile căsătorite conduc la situații de ruptură a

Scanned with OKEN Scanner

fidelității conjugale. O consecință gravă a violului este imprinting-ul libertinajului în comportamentul sexual ulterior al victimei, libertinaj ce duce la abandonarea "eticii candorii și purității" oferită de viața intimă, în final la devianță socială, sub diferitele sale forme (vagabondaj și prostituție, indiferența sexuală, castitate de tip bovaric etc.).

Reacțiile psihice imediate sunt cunoscute și ca stres post-traumatic sexual ce face cooperarea în anchetă (sau pe care ancheta și interogatoriile o accentuează) dificilă și care are o rată de 30% la victimile reale ale violului.

Consecințe ale victimizării sunt și vătămările corporale, sinuciderea, infirmitățile fizice și psihice definitive, producerea sarcinii, a bolilor venerice etc.

Sub aspect criminologic și medico-legal, una din consecințele imediate ale violului o reprezintă sindromul de adaptare la agresiunea sexuală manifestat prin neputință, revelații tardive ale actului sexual agresiv, retragere etc. când efracția psihicului devine mai gravă decât cea genitală. Victima va oscila între siderare paralizantă și agitație anxioasă și se va produce un clivaj psihic între brutalitate, insensibilitate și revictimizare, cu tendința la prostituție și toxicomanie. Victima se instalează într-un model trăit ca violență suferită, devenind un fel de victimă constantă (sindrom Abel).

Pe lângă recomandările de lege ferendă plecate de la "strigătele" feministe actuale (Golda Meir cerea că nu femeii să i se recomande victimologic a nu ieși noaptea în stradă, ci bărbaților să li se impună acest lucru), o rețea de asistență victimologică și instituirea unui fond de indemnizare victimologică ar fi în măsură a atenua multe din consecințele violului.

Încălcarea consimțamântului, element esențial al violului

Deși deseori ambivalent și ambiguu, ca atitudine psihică față de un act sexual, încălcarea consimțământului devine marker-ul juridic esențial al încriminării unui act sexual drept viol. Consimțamântul devine nex-ul distincției violului de actul sexual voit, el separând violența de normalitate sexuală.

Ambivalența consimțamântului în sexualitate constituie nu doar o problemă psihologică ci și una etico-filosofică prin implicațiile sale concomitente agresiunii sexuale, cum ar fi intimidarea, decepția etc. situații ce pot transforma violul într-o adevărată stare de border-line (violul ca marginalitate sexuală, ca stare de limită între actul sexual normal și cel violent). O astfel de stare de ambivalență prin înșelăciunea sau indecizia dintr-o seducție și de care nu s-ar ține cont, ar transforma toți bărbații implicați în astfel de situații în potențiali violatori. Deci, deși privit cu firească suspiciune, consimțământul, ca stare psihică, este elementul esențial al definiției juridice a violului. Astfel trinomul consimțământ, forță (agresiune) și constrângere (coerciție) constituie elementele probatorii esențiale ale infracțiunii de viol, mai ales atunci când pretinsele semne de opoziție pot fi expresia unor "tehnicități" ce secondează actul sexual deplin consimțit și când, atari leziuni pot fi puse ulterior pe seama constrângerii.

Scanned with OKEN Scanner

Cel mai frecvent, încălcarea consimțământului este relevată de forța concomitentă exprimată prin compulsie, vătămare, vulnerabilitate (dependență) psihică sau insuficiența material-economică, ca atunci când, într-o relație interumană, inclusiv sexuală, în care pozițiile sunt inegale, tentația de a exploatare a consimțământului prin constrângere, manipulare, inducție ori încurajare devine inevitabilă. Astfel, pentru un practician, problema inevitabilă devine aceea dacă, într-o pretinsă relație sexuală, consimțamântul a fost valid sau nu. Validitatea consimțământului nu exclude însă gradarea sa, deoarece, gradul de intensitate al consimțământului se reflectă în gradul de intensitate al violenței. Faptul aduce în discuție, a fortiori, tipurile de lipsă ori prezența a consimțământului (pattern-urile de consimțământ) ca fiind antitetice, deci real sau ideal, implicit sau explicit, expres sau prezumat, manifest sau latent, evident sau tacit, exante sau postante (deci subsecvent), valid sau nevalid, condiționat sau necondiționat. Sub aspect judiciar-pragmatic este necesar a delimita toate aceste antitetice tipuri de încălcare a consimțământului, în deosebi de lipsă a sa, în situații de încălcare relevante sau irelevante, exprimate sau prezumtive și deseori redundante (inutil sau superficial).

Criteriile incriminării violului

Dacă justiția se bazează, dintotdeauna, pe egalitate, raționalitate și relevanță, atunci și incriminarea sau dezincriminarea unui fapt social, inclusiv a violului, trebuie să se bazeze pe:

- *necesitate*, violul rămânând o infracțiune ce produce victime și perturbă echilibrul interpersonal și social;
- *pe criterii morale*, care, pluraliste fiind, nu pot exonera de la protejarea valorilor de libertate și autonomie personală în domeniul vieții sexuale;
- *pe criterii democratice*, justiția fiind și expresia voinței majorității de opinie publică, ce rejetă și condamnă violul;
- *și pe criterii juridice*, în viol,reperele etico-filosofice și biologice, variate în timp și spațiu, făcând sancțiunea variabilă dar încriminarea totdeauna prezentă.

Argumentele moderne privind incriminarea violului constau în:

- dreptul fundamental la integritate psiho-fizică și la autonomie al persoanei;
- caracterul de veridicitate al autonomiei, ce rezultă numai din egalitatea persoanelor;
- promovarea, din ce în ce mai accentuată, în societatea modernă, a egalității oportunităților și puterii (pe lângă egalitatea resurselor), egalitate ce condiționează și justifică libertatea umană.

Scanned with OKEN Scanner

De lege ferenda

Se impune ca legislația viitoare, prin modul de reglementare al violului, să confirme cât de uman a devenit comportamentul omului prin respectul datorat femeii. În acest sens se impune:

- o analiză și incriminare echitabilă, funcție de contribuția victimei în geneza actului delicvent. Unii autori merg până acolo încât basculează circumstanțele agravante de la autor la victimă (în fapt autor prin contribuția sa la infracțiune) sub formă de circumstanțe atenuante;
- desincriminarea seducției (ca în legislația europeană) cât timp seducția se impune ca o relație sentimentală, în care riscul se asumă per se și nu se negociază. Altfel, s-ar genera realizarea unei căsătorii bazate exclusiv pe o relație sexuală, care devine o formă de șantaj la căsătorie. Altfel spus, din cei doi parteneri ai unei relații sexuale pretinsă ca seducție, unul înșeală pentru a realiza un raport sexual, iar altul înșeală pentru a determina la căsătorie, ceea ce, evident, ia aspectul unei bilaterale imoralități;
- protecția integrală, fizică și morală a victimei, trebuie să meargă până la sancționarea mai gravă a unei agresiuni comisă fără protecție împotriva sarcinei sau bolilor transmise pe cale sexuală, așa cum este deja încriminat în multe țări;
- anularea stingerii acțiunii de viol prin căsătoria victimei cu agresorul, care, în mod nelegitim, are și efecte erga omnes și care se transformă, de regulă, într-un factor criminogen, fie prin tranzacțiile pecuniare subjacente și apoi divorț, fie prin disfuncție conjugală cu consecințe psihologice, morale, sociale și juridice inevitabile. Nu poate fi neglijat nici caracterul aleator al transformării opoziției la viol într-un consimțământ la căsătorie. De asemenea în acest din urmă caz, riscul de conjugopatie al unei uniuni maritale de conveniență este inevitabil. Ori, cum căsătoria trebuie să se bazeze pe relații afective și nu agresive, devine firească excluderea acestei posibilități din legislația penală;
- libertatea sexuală a femeii nu poate fi restrânsă nici în căsătorie, încât, pentru a nu transforma, prin căsătorie, femeia într-un simplu obiect sexual, incriminarea violului intramarital apare legitimă;
- de asemenea, raportul sexual forțat după o separare de fapt dar înainte de o decizie de divorț, prin prezumția dovedită a lipsei de consimțământ, necesită a fi încriminat ca viol;
- se impune și o celeritate în soluționarea juridică a violului, în scopul de a evita "șocul cronic al tergiversării".

Probațiunea violului

Menționam în capitolul anterior că sexualitatea, uneori, dar violul,în mod frecvent, se asociază cu evenimente psiho-relaționale particulare, așa cum ar fi starea de intimidare, de decepție, de emotivitate și culpabilitate, de atitudine

Scanned with OKEN Scanner

ostilă a anturajului, care, inevitabil, transformă violul într-o stare de limită (de border line) cu patologia sexuală şi mentală.

Expertiza "de sensibilitate" cerută de justiţie în materie de viol are mai puţine dificultăţi clinice decât un interogatoriu judiciar datorită competenţei etice şi profesionale a expertului, care trebuie să menajeze psihic reacţiile imediate, deseori grave, determinate de agresiunea sexuală şi de condiţiile în care se recurge la un examen obiectiv şi prin aceasta de a furniza informaţii pertinente şi concludente.

Printr-o analiză expertală tridimensională trebuie să se acorde atenţie victimei, autorului şi circumstanţelor de fapt ce privesc comiterea violului.

Acordând atenţia cuvenită discordanţelor dintre relatările subiective şi evidenţele obiective, frecvent întâlnite în viol, o ordonanţă judiciară va solicita rezolvarea:

- realităţii şi tipologiei specifice violului privind urmele de violenţă;
- modului real de constrângere victimală (fizică, psihică sau morală);
- dovedirii realităţii raportului sexual cu intromisiune;
- consecinţelor psiho-fizice şi relaţionale ale violului;
- sesizării obiective a falselor acuzaţii intenţionale sau neintenţionale de viol;
- factorilor victimologici ce au favorizat violul.

Numai dintr-o examinare şi evaluare ştiinţific-expertală a problemelor de mai sus va rezulta o concluzie pertinentă, univocă şi concludentă pentru o incriminare penală. Nex-ul unei astfel de încriminări este prezenţa sau absenţa consimţământului şi care va trebui să rezulte din evidenţe obiective, pentru a fi *beyond reasonable doubt.*

Autorul actelor de viol, mai întâi trebui depistaţi (17% sunt necunoscuţi) prin toate mijloacele ştiinţifice, inclusiv prin amprenta genetică şi apoi probată starea de *actus reus* şi de *mens rea* ca intenţie, credinţă falsă sau lipsă a discernământului. De regulă, în apărare. violatorii invocă:

- lipsa ofensei sexuale şi prezenţa consimţământului victimei la actul sexual;

- lipsa consecinţelor violului, ca balans între două rele, ei justificând întotdeauna pe cea mai puţin gravă;

- lipsa circumstanţelor de apărare, a consimţământului obscur, neclar sau a apărării de circumstanţă a victimei, toate cu rol disculpativ pentru autor.

Fiind vorba de o analiză criminologică cu relevanţă penală privind gradarea sancţiunii, se va da atenţie şi tipului de violator: hotărât, cunoscător, preferenţial, sadic, etc. încât, deseori concluziile expertale se vor baza mai mult pe acest tip de violator decât pe credibilitatea victimei.

Cu toată dificultatea probaţiunii violului, cu atât mai mare în circumstanţe de viaţă intimă (ex.: violul marital), fapt care a făcut pe Balzac sa compare probaţiunea cu imposibilitatea introducerii unui fir de aţă într-un ac mişcător, relevanţa probelor nu poate fi obţinută decât printr-o expertiză multidisciplinară adresată inter-relaţiei celor trei categorii de factori, cu atât mai

Scanned with OKEN Scanner

mult cu cât limita dintre complianță și coerciție, de cantificare a forței și gradului de încălcare a consimțământului etc., frecvent irelevante, aduc riscul de eroare judiciară.

Violul marital (conjugal)

De la primul caz judecat statul Oregon în 1978, se estimează că în USA, 87% dintre soții ar acuza soții de viol marital, fapt dedus din frecvența violențelor intra-familiale și excluderea raportului sexual consecutiv acestor violențe, ca mod de iertare și împăcare. De la epoca victoriană ce a redus plăcerea sensorială la "mângâierea unei singure femei luată de soție", astăzi, libertatea de manifestare sexuală augmentată de mișcările feministe, pretind incriminarea acestui tip de viol. Chiar și opiniile științifice asupra acestui tip de violență au evoluat, dacă avem în vedere că, de la Watson, autorul teoriilor behavioriste, ce studia sexualitatea umană și a fost condamnat de justiție "pentru comportament urât", până astăzi, sexualitatea ca fenomen justifică autonomia persoanei și încriminează consecutiv acest tip de violență sexuală..

Unii autori din țările unde violul marital este incriminat, cer, dimpotrivă dezincriminarea sa, bazat pe următoarele argumente:

- de regulă, în căsătorie, violul sexual nu exprimă un act misogin *ad hominem* ca violul din afara căsătoriei;
- în căsătorie, bărbatul și femeia formează un tot, încă dela Platon, motiv pentru care, întregul devine mai important decât partea și nu justifică o atare acuză;
- dreptul nu trebuie să intre în intimitatea vieții oamenilor, care posedă un drept asupra ei;
- consimțământul la viața sexuală este prezumat prin contractul de căsătorie, fapt ce transformă raportul sexual într-un drept contractual sinalgamatic;
- sub aspect psihologic, relațiile sexuale maritale moderează și atenuează alte tipuri de traume sau violențe conjugale. Sexualitatea prezervă deci căsătoria și deseori, raportul sexual terminal unei violențe de alt tip aduce reconcilierea maritală;
- în plus, devine dificilă și dificultatea probării nonconsimțământului în intimitate.

Problema ce se pune este dacă atari argumente sunt valabile și în situațiile de viol din uniunile de concubinaj?

În țările unde violul marital nu este încriminat, se aduc argumente în favoarea acestei încriminări:

- legea protejează autonomia femeii, indiferent de condițiile în care ea se află;
- autonomia devine astfel cea mai intimă trăsătură de personalitate a persoanei , un drept netranzacționabil;

Scanned with OKEN Scanner

- lipsa de incriminare a violului marital prin imunizarea juridică a bărbatului față de o astfel de faptă nu ar fi altceva decât o întoarcere și o perpetuare a sexualității bazată pe putere;

- căsătoria trebuie înțeleasă ca un statut și nu ca un contract, încât, orice pretinsă obligație contractuală în acest domeniu devine caducă;

- conținutul actului de violență sexuală este același indiferent de statutul unei femei, ca fiind căsătorită sau nu;

- e necesar apoi a avea în vedere faptul că "femeia utilizează sexualitatea pentru dragoste și afecțiune și nu ca bărbatul, ce utilizează dragostea pentru sexualitate".

Tranșarea actuală a acestei ambivalențe pro sau contra violului marital rămâne o problemă de expectativă proprie fiecărei comunități, funcție de cutumele și gradul său de cultură.

Predicția și prevenirea riscului de viol

Se cunoaște faptul că, în combaterea delincvenței, prevenirea se impune ca fiind mai eficace decât lupta cu ea. Pe de altă parte,trebuie ținut cont de faptul că sancționarea, chiar drastică, a violului, nu a redus rata acestui delict, ci a avut dimpotrivă, deseori, chiar un efect negativ de recidivă. Căci, într-adevăr, pedeapsa poate reprima un instinct, dar nu-l poate suprima, fapt ce se manifestă și prin creștearea ratei perversiunilor sexuale la atari subiecți. De aceea, în mod ideal, efectul pozitiv al pedepsei nu trebuie să depășească efectul negativ al faptei.

Prevenirea violului implică o abordare complexă privind obiectivele politicii penale (incriminarea și dezincriminarea unor fapte ce privesc agresiunile sexuale), cât și mijloacele politicii penale (a tehnicilor și instituțiilor destinate a combate și preveni agresiunile sexuale).

În acest sens, probațiunea obiectivă, epuizarea mijloacelor științifice de probațiune, celeritatea și certitudinea procesului și sancțiunii, pe lângă funcția lor de intimidare, vor accentua și funcția lor de de neutralizare și resocializare a autorului precum și funcția retributivă pentru victimă.

Dar, engramarea specificului uman al sexualității și respectului valorilor umane în personalitatea viitorului adult, trebuie să înceapă din cele mai fragede vârste, pentru a evita, ca celor fără experiență și viață sexuală, circumstanțele de viață să nu le excite fantezia, iar la cei cu experiență de viață sexuală, să se evite bagatelizarea ei. Numai astfel, cultul afectivității și fidelității care nu trebuie să aibă doar un sens unic, de la femeie către bărbat, ci și invers, de la bărbat spre femeie, poate deveni o cale și o modalitate euristic-educativă de reducere a ratei acestui tip de violență.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XVI

PROBAȚIUNEA INFRACȚIUNILOR DIN DOMENIUL SEXUALITĂȚII

Reproducerea sexuată a fost creată de natură ca un avantaj sub aspectul polimorfismului genetic, în lumea animală singurul scop al genelor fiind acela de a produce copii ale lor.

Odată cu hominizarea, evoluția sexualității s-a făcut de la posesiune (unde partenerul era doar un obiect sexual) la afecțiune şi considerații specific umane de natură relațională. Astfel instinctul orb, necesar şi invariabil, programat ereditar şi deci înăscut, a suferit corectarea şi consumarea sa în cadrul afectivității iar poligamia s-a transformat în monogamie. Într-o relație sexuală, astfel, unitatea dintre sexualitate şi afectivitate i-a conferit durabilitate şi ori de câte ori o relație sexuală se bazează numai pe "schimbul sexual" (hedonism), o atare relație nu rezistă. În deosebi pentru femei, disocierea sexualității de afectivitate (a corpului de spirit) este greu suportată, fapt ce a făcut pe M. Eliade să afirme că sacralitatea sexualitătii rezidă în sexualitatea femeii iar pe S. Kierkegaard să accentueze că femeia nu se trezeşte din vis decât dacă e atinsă de dragoste (până atunci ea fiind doar vis). Astfel, această stare de vis consumă două stadii: primul când dragostea visează femeia şi al doilea când femeia visează dragostea. La om numai prin afecțiune se poate regăsi "continuitatea pierdută" iar ignorarea dragostei se opune esenței ființei umane. "Singurul animal ce a ştiutsă dea nevoilor trupeşti o formă spirituală a fost omul. El a făcut din reproducere arta de a iubi şi el ştie că o luptă fără iubire se destramă, după cum o iubire fără luptă dezgustă. Subjugat de instincte omul se desumanizează prin aceea că substituie iubirii plăcerea fizică şi aceasta nu este altceva decât o pierdere a omului în uman. Altfel sexualitatea devine o posesiune vulgară ce sfârşeşte prin sfâşierea propriei ființe în loc de a fi o pasiune umană în contact direct cu izvoarele vieții. Primul om ce s-a aplecat şi a cules o floare pentru a o oferi unei femei a inaugurat cultura şi pornirea animalică a fost depăşită", încheia V. Pârvan. Afecțiunea a umanizat şi a făcut specific umane relațiile dintre sexe şi au contopit astfel, într-un singur elan, vital două pasiuni individuale. Afectivitatea a devenit dimensiunea umană a sexualității, de la fugărirea partenerului, omul evoluînd la

cucerirea sa printr-o floare. Stăpânirea pulsiunilor prin afecțiune şi raţiune aduce adevărata libertate şi adevăratul respect pentru om, aduce echilibrul dintre natură şi cultură. În acelaşi sens vorbea şi T. Arghezi: "prietenul cel mai bun e întotdeauna soțul şi consolarea cea mai întreagă soția. Omul (bărbatul) estevinovat de a nu-şi fi asimilat tezaurul ei. Femeia are asupra bărbatului superioritatea jerfei primind să dea viață şi să reproducă pe bărbatul pe care îl iubeşte. De aceea trebuie să deprindem bărbații cu respectul față de femeie, deoarece jerfa femeii ne dă o bravură, legănarea ei o duioşie iar lacrimile ei ne-au făcut delicați şi buni", conchide T. Arghezi.

Sexualitatea ar putea fi definită deci ca o modalitate de comunicare interumană prin intermediul afecțiunii, ca un mod de integrare a ei în personalitate, cu un mod de valorizare a ei prin afecțiune în sensul său specific uman. Altfel, orice reducere a sexualității la instinct devine o sexualitate inumană.

Rolul şi funcțiile sexualității constau în:

- transmiterea patrimoniului genetic prin care sexualitatea realizează aspirația specific umană de permanentizare după moarte şi prin care astfel devine o creație iar tot ce este creator este şi sacru;
- sexualitatea uman consumată asigură coeziunea cuplului şi a grupurilor umane;
- sexualitatea consumată uman este sursă de echilibru, generozitate, altruism şi empatie umană şi în acelaşi timp are şi un rol anxiolitic descărcând de tensiuni şi fantasme;
- sexualitatea are şi o funcție dinamizatoare pentru evoluția omului, prin sublimare ea putând favoriza creația şi cultura;
- în sfârşit, sexualitatea are şi o funcție igienică.

Sănătatea sexuală, sub aspect medico-psihologic, este concepută ca o integrare a nivelurilor sale inferioare (biologice) ca şi a celor psihologice şi relaționale în personalitate şi apoi în personalitatea unui cuplu, cât timp ea are un rol homeostatic şi complementar. De aceea şi normalitatea sexuală trebuie concepută ca o corespondență adecvată la toate aceste niveluri.

Deşi înflorind în puritatea spiritului, sexualitatea are şi rădăcini fiziologice, sexualitatea fiind grefată şi de disfuncții printre care inhibiții psihice, generarea unor sentimente de culpabilitate prin neconsumare sau consumarea ei anormală, declanşarea unei puternice agresivități în astfel de situații (sexualitatea disfuncțională este unul din cei mai puternici detunători de agresivitate). Are consecințe psihomatice mascate de nevroze, sinucideri fără motivație, şi frecvent, prin disfuncțiile sale, se află la baza dezvoltării unei personalități egocentrice, înclinată către hedonism şi perversiune. Pentru a evita unele din atari disfuncții femeia trebuia să se simtă iubită, va reproşa partenerului agresivitatea şi altfel impetuozitatea fără afectivitate şi sensibilitate.

Aşa cum educația sexualității nu trebuie să transforme sexualitatea într-un tabu ci dimpotrivă să se facă paralel cu educația sentimentelor şi a

Scanned with OKEN Scanner

personalității învederea încorporării ei normale în personalitate, tot astfel anamneza sau ancheta juristului în probleme sexuale trebuie să plece de la considerarea ei ca un act de cultură, care să dedramatizeze o situație, să câștige încrederea persoanei și mai ales a victimei.

S-a făcut această incursiune pentru a sesiza rolul cutumelor, moralei și legilor în canalizarea instinctului sexual pe făgaș social și uman util speciei, individului și valorilor sociale, de unde multiplele instituții și ceremonialuri legate de uniunea dintre sexe dar și a incriminării diferitor aberații de la sexualitatea umană. Faptul este invederat și de realitatea că deși instinctul sexual este același peste tot, consumarea sa diferă în raport de timp și spațiu, prin factorii invocați. Din acest motiv unele legi incriminează atentatele la pudoare (ex. violul) ca și ultrajele la pudoare (ca de exemplu perversiunile).

Cele de mai sus le relevă și istoria incriminării și rezolvării violului și perversiunilor sexuale. Dacă, în viol, păcatul condamna pe ambii parteneri, deoarece "răul străbătea și victima", lipsa consimțământului nu se proba cu urmele corporale consecutive. Dacă violul se exercita asupra unei femei virgine ("virginitatea era podoaba moravurilor, a sfințeniei sexului, a păcii familiei și izvor a celei mai puternice prietenii"), autorul era pedepsit mult mai grav, "răpirea virginității" constituind baza gravității infracțiunii. Violul era apoi probat deseori exclusiv prin țipete, acestea dovedind constrângerea, dacă erau auzite ca strigăte de ajutor. Din acest motiv se considera că violul neconsimțit trebuie să rămână în stadiul de tentativă, față de cel consumat ce era considerat ca fiind consimțit. Violul cu un singur bărbat făcea consimțământul să fie interpretat ca fiind mascat. Consecutiv, era considerat ca viol cel comis de pluriagresivi. Legislația era influențată de multiple ale aprecieri filosofico-literare cum erau cele ale lui Voltaire cum că violul de unul singur e imposibil ("făcând parte din viclenia femeii de a lăsa mereu această îndoială între ea și autor"), a lui Casanova, după care, dacă reușești să ridici barierele rușinii victoria este sigură sau ale lui Machiaveli după care femeia nu cedează decât la violență ori îndrăzneală. Mirabeau considera voluptatea ca unul din cele mai imperioase drepturi ale omului iar mai târziu Balzac va afirma că dovedirea violului e "ca și cum ai băga o ață subțire prin urechile unui ac mișcător". Totodată trebuie menționată descrierea corectă a consecințelor violului asupra femeii (Maupassant, Gide), mulți înclinând ajustifica violul prin virilitatea "firesc agresivă" a bărbatului versus pasivitatea masochistă a femeii care era considerată un fel de fatalitate fiziologică ce ar explica, deseori, și tăcerea victimei. În acest sens se considera că atracția era cu atât mai mare cu cât rochiile purtate erau mai scurte.

De asemenea, bărbatul era crezut înaintea femeii, la prostituate nu exista viol (violul era considerat o încălcare a pudorii) iar furtul (raptul) femeii era considerat mai primejdios decât violența. În viol, soțul era primul ofensat și în al doilea rând Dumenzeu, soțul și nu atât femeia fiind considerată proprietarul

Scanned with OKEN Scanner

persoanei sale, care, evident, se întinde şi asupra corpului. Deşi se recunoaşte constituţia mai slabă a femeii, violenţa morală şi şantajul asupra ei erau ignorate.

Tentativa se pedepsea deoarece "delictele îşi au esenţa în începutul faptelor" astfel că deabia după 1850 se lansează şi justifică necesitatea unei justiţii ştiinţifice în materie de viol. Acum încep să se cerceteze "animalele microscopice" pe rufărie şi "să se insişte ca justiţia să se ocupe şi de infractori (nu numai de aplicarea legii)", aceştia fiind "nişte indivizi rămaşi în urma evoluţiei, jumătate neputincioşi şi jumătatenebuni, cu elanuri animalice, nişte spinali părăsiţi de evoluţie".

Cu accentuarea mişcărilor feministe se cerea ca femeia să nu plătească cu viol preţul libertăţii sale, deoarece, aceasta ucide în femeie ceea ce are mai scump şi anume sentimentul valorii personale şi deci al identităţii sale. Fenomenul a dus la contractualizarea maximă a relaţiilor sexuale, deoarece, bariera dintre pulsiunile sexuale şi înfăptuirea lor a devenit minimă.

Asistăm astăzi la creşterea agresiunilor sexuale asupra copiilor, a căror prejudicii psihofizice sunt cu atât mai grave cu cât toate problemele vin din copilărie, şi prin urmare compromit viitorul afectiv, mental, moral şi social al copilului (un copil abuzat sexual afirma: "tata mi-a sfărâmat identitatea, oglinda în care mă recunoşteam"). S-a creat riscul unui genocid-viol (ex. Bosnia) când prin astfel de violenţe se atinge identitatea unui grup şi arborele filiaţiei ereditare şi s-a încriminat şi violul între soţi când s-a justificat judiciar că "prezumţia de consimţământ a soţilor la acte sexuale nu este valabilă decât până la proba contrarie". S-a extins noţiunea de hărţuire sexuală ca o modalitate de a sancţiona violenţa morală şi intenţia sexuală. Astfel s-a cerut mai multă libertate dar şi mai multă sancţiune judiciară în scopul ca "justiţia să rezolve ceea ce moravurile nu mai puteau rezolva".

În esenţă, violenţa sexuală se instituie ca o violenţă primară ce afectează fiinţa umană proiectată ca ideal de puritate şi potenţialitate, cu atât mai absolută cu cât sensul venea de la tradiţii, cultură şi autoritate morală.

În ceea ce priveşte pervesiunile sexuale, în vechime, sodomia era considerată păcat contra naturii iar în bestialitate atât perversul cât şi animalul erau arşi pe rug. Cicero vorbea cu încântare de iubiţii săi iar Adrian a creat un cult oficial iubitului lui. Se făceau şi sărbători pentru prostituţia masculină ce facilita căutarea clienţilor. Tot ce era în afara procreaţiei era condamnat şi era considerată o violenţă împotriva lui Dumnezeu. Sfântul Pavel condamna contracepţia, avortul şi homosexualitatea pentru că eludau scopul sexualităţii, procreaţia, şi considera că soţia nu e stăpână pe corpul său ci soţul. De-aici sacrificiile soţiilor pentru soţii lor în dramele antice şi găsiţi ca schelete împreunate în sacrofagele romane. Octavia spune călăului lui Nero că vaginul ei este mai curat decât gura lui Nero ce recurgea la felaţie şi cuningulus. Un poet dorea prietenilor să iubească băieţi iar duşmanilor să iubească fete. Până şi erotismul (plăcerea) era un păcat. Dr. Tardieu refuză a-şi murdări pana cu turpitudinea pederaştilor iar Kraft Ebing considera homosexualitatea o

Scanned with OKEN Scanner

perversiune. Totodată Hirschfeld îi considera un al treilea sex. De la piața sexuală a consumului ascuns s-a trecut la ghetourile homosexuale când ieşirea din grup devine o afirmare în exterior. Prostituția era interzisă doar în sărbătorile mari, bărbaților căsătoriți, în rest ea venind în ajutorul familiei (se considera că lucrau în folos obştesc, apărând femeia de condiție bună).

Toate aceste situații duc astăzi, datorită liberalizării moravurilor, la o adevărată comunitate şi cultură parasexuală, unde stigmatele devin criteriu de emancipare, afirmare şi apartenență de grup. Mai mult, se consideră că existența căsătoriei e o limitare a libertății, ea fiind impusă de constrângerile religioase şi juridice (dificultatea divorțului) fără a se înțelege ca stabilitatea familiei este condiția stabilității comunității. De aceea s-a considerat perversiune orice situație sexuală în care celălalt partener era transformat într-un obiect sexual, fără reciprocitate (democrație sexuală) a plăcerii, deşi se susține că proprietatea asupra corpului exclude aceste abateri a fi definite perversiuni şi că perversiune e doar furtul plăcerii ce încalcă drepturile asupra corpului.

Sub aspect legal, violul are ca obiect juridic libertatea sexuală ca drept al femeii asupra corpului său iar ca obiect material săvârşirea unui raport sexual cu intromisiune (violul după moarte este profanare de cadavru). În delimitarea codului penal violul este raportul sexual cu o persoană de sex feminin prin constrângere sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra ori a-şi exprima voința.

Subiect activ al infracțiunii este bărbatul iar subiect pasiv femeia, indiferent de condiția sa morală. În formulări de lege ferenda privind violul (art. 197 c.p.) se vorbeşte de "actul sexual de orice natură, cu o altă persoană, prin constrângere sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra sau de a-şi exprima voința". Din această formulare rezultă că şi constrângerea soției ca şi a bărbatului la un raport sexual poate fi viol. În acest sens, codul penal din 1865 includea violul contra bărbatului iar în Comunitatea europeană se incriminează de asemenea agresiunile de orice fel şi contra oricui, ca şi tendința de a incrimina violul conjugal pentru a evita ca o căsătorie să transforme femeia într-un obiect sexual.

Latura obiectivă implică o consumare a raportului sexual (intromisiune), simpla atingere a organelor sexuale putând fi o corupție sexuală. Latura obiectivă implică lipsa consimțamântului consecutiv constrângerii fizice, morale ori psihice (amenințare, boală mintală).

Latura subiectivă implică intenția directă, putând fie eroare asupra incapacității victimei de a consimți.

În tentativa de viol constrângerea nu duce la realizarea raportului sexual.

Violul e agravat la persoane sub 14 ani, dacă a cauzat vătămări corporale, dacă victima s-a sinucis etc.

În art. 198 se incriminează, *per se*, actele sexuale de orice natură cu minori sub 14 ani, obiectul lor fiind nevoia ocrotirii minorului care nu are discernământ față de un astfel de act şi luând în considerare şi consecințele grave

Scanned with OKEN Scanner

ale acestor abuzuri sexuale asupra minorilor. Relatarea unor atari consecințe de "infern sexual" retrăite în perioada formării personalității, generează groază și frigiditate. Subiectul infracțiunii este deci un minor sau o persoană între 14-18 ani dacă actul sexual a fost săvârșit de tutore sau curator, de un supraveghetor, îngrijitor, medic curant, profesor sau educator, folosind calitatea lor.

Latura obiectivă este săvârșirea unui act sexual cu consimțământ. Dacă actul sexual se întrerupe, independent de voința autorului, va fi o tentativă imperfectă.

Seducția (art. 199 c.p.) este obținerea consimțământului la un raport sexual a unei persoane sub 18 ani și necăsătorită prin promisiuni de căsătorie, prin inducere în eroare (prin rea credință), și unde refuzul victimei de a se căsători va înlătura infracțiunea ca și imposibilitatea de căsătorie datorată unei boli. Legislația europeană nu o incriminează, căci, într-o relație sentimentală, riscul se asumă și nu se negociază, ca atunci când o persoană se obligă la raport sexual și alta la căsătorie și până la urmă nu se știe care pe care păcălește. S-a motivat excluderea ei și prin faptul că o căsătorie nu se poate justifica doar pe baza unui raport sexual.

Perversiunile (art. 201 c.p.) sunt definite ca acte de perversiune săvârșite în public și sunt considerate ca atare orice acte nefirești în legătură cu viața sexuală, altele decât cele de inversiune sexuală. Tentativa se pedepsește.

Sunt agravate dacă privesc un minor sau bolnav mintal, dacă produc o vătămare a sănătății ori suicidul sau dacă se îndeamnă la perversiuni.

Freud considera, în fața acestor perversiuni, că Eul nu este stăpân la el acasă și că instinctul sexual e vinovat de ele, astfel că reprimarea crește riscul repetării sau consolidării perversiunii. Altfel spus, de regulă, barierele legale în fața perversiunilor nu sunt întotdeauna eficace, deși ele aduc atingere libertății altuia.

Incestul are loc în linie directă sau între colaterali, este o infracțiune bilaterală dar subiect pasiv fără răspundere va fi doar dacă persoana este sub 14 ani și a fost dusă în eroare. Incestul, prin consanghinitate, contribuie la degenerarea ereditară a descendenței, deoarece el a fost eliminat pe cale naturală și astfel a favorizat exogamia și biodiversitatea umană. Modul cum a fost evitat incestul are ipoteze multiple: repulsie instinctivă (L.Strauss), existența menstruației în clan (E. Durkheim), furtul femeilor și donarea lor altui clan (H. Spencer) sau uciderea tatălui ce acapara mama și surorile și apariția sentimentului de culpă la ucigași, fapt ce a evitat incestul (S. Freud).

Incestul poate fi agresiv când va fi un cumul de infracțiuni sau nonagresiv (în Europa, formă dezincriminată).

Prostituția este practicarea de raporturi sexuale cu diferiți bărați pentru procurarea de mijloace de existență, fiind, sub aspectul laturei obiective, o acțiune scop (obținere de mijloace) prin intermediul unor raporturi sexuale repetate și cu pesoane diferite.

Scanned with OKEN Scanner

Proxenetismul constituie infracțiunea de îndemnare și constrângere la prostituție sau de trafic de persoane în acest scop și cu obținerea de mijloace materiale. Se consumă prin intenție directă sau indirectă (când s-a acceptat această situație chiar de nu a urmărit-o) și are forme agravante când privesc minori sau când în poziția de proxenet este un părinte, un profesor, etc. Tentativa se pedepsește dar actele preparatorii nu se pedepsesc.

Probațiunea medico-legală a violului implică, în prealabil, a descifra semnificația (hermeneutica) unui astfel de act, fiind complexă: biologic (modalitate de vehiculare a informației genetice), psihologic (disociere a instinctului de afectivitate și percepere a femeii ca un simplu obiect sexual), cultural (încălcare a drepturilor suverane a omului asupra corpului său) și juridic (încălcare a relației sociale ce protejează dreptul și libertatea sexuală).

În viol, femeia devine victimă a instinctului și pulsiunii sexuale neereditare, a acestei "cozi de reptilă care trage omul înapoi în loc de a transforma femeia într-o lumânare aprinsă în fața unui vitraliu de Chagal" cum spunea Garcia Marquez.

Frecvența sa este de 5-10 la 100.000 locuitori dintre care, din motive de pudoare, doar 1 din 5 se reclamă și este frecvent favorizat de consumul de alcool (ce înlătură forța barierelor morale privind inhibiția și devine un fel de ritual preparator), și de contribuția victimei prin atitudinea sa ambivalentă (Eminescu spunea "Te desfaci cu-o dulce silă / mai nu vrei și mai te lași / Ochii tăi sunt plini de milă / Chip de înger drăgălaș") precum și risipa erotică a diferitor circumstanțe de viață intimă. Nu rareori intervine și credulitatea femeii.

În cadrul probațiunii ***obiectului*** infracțiunii de viol, o primă problemă se referă la:

1. Diagnosticul de viol (certitudinea violului). Pentru aceasta, semnele revelatorii de viol diferă după cum femeia a avut sau nu a avut viață sexuală..

La femeile fără viața sexuală sunt două categorii de leziuni:

I. Leziuni genitale de pierdere a integrității membranei himeneale sau leziuni genitale extinse (vaginale) ori perigenitale (perineale).

Himenul este un repliu de mucoasă situat la introit-ul vaginal și care poate avea mai multe forme anatomice:

- Himen inelar cu o înălțime mai înaltă sau îngustă de care depinde dimensiunea orificiului himeneal și cu o margine netedă și crestată (franjată), de natură congenitală, numite și crestături congenitale. Are o frecvență de 75%.
- Himen semilunar când membrana se inseră pe o jumătate a introit-ului vaginal;
- Himen cu sept sau imperforate. (Fig. 51)

Scanned with OKEN Scanner

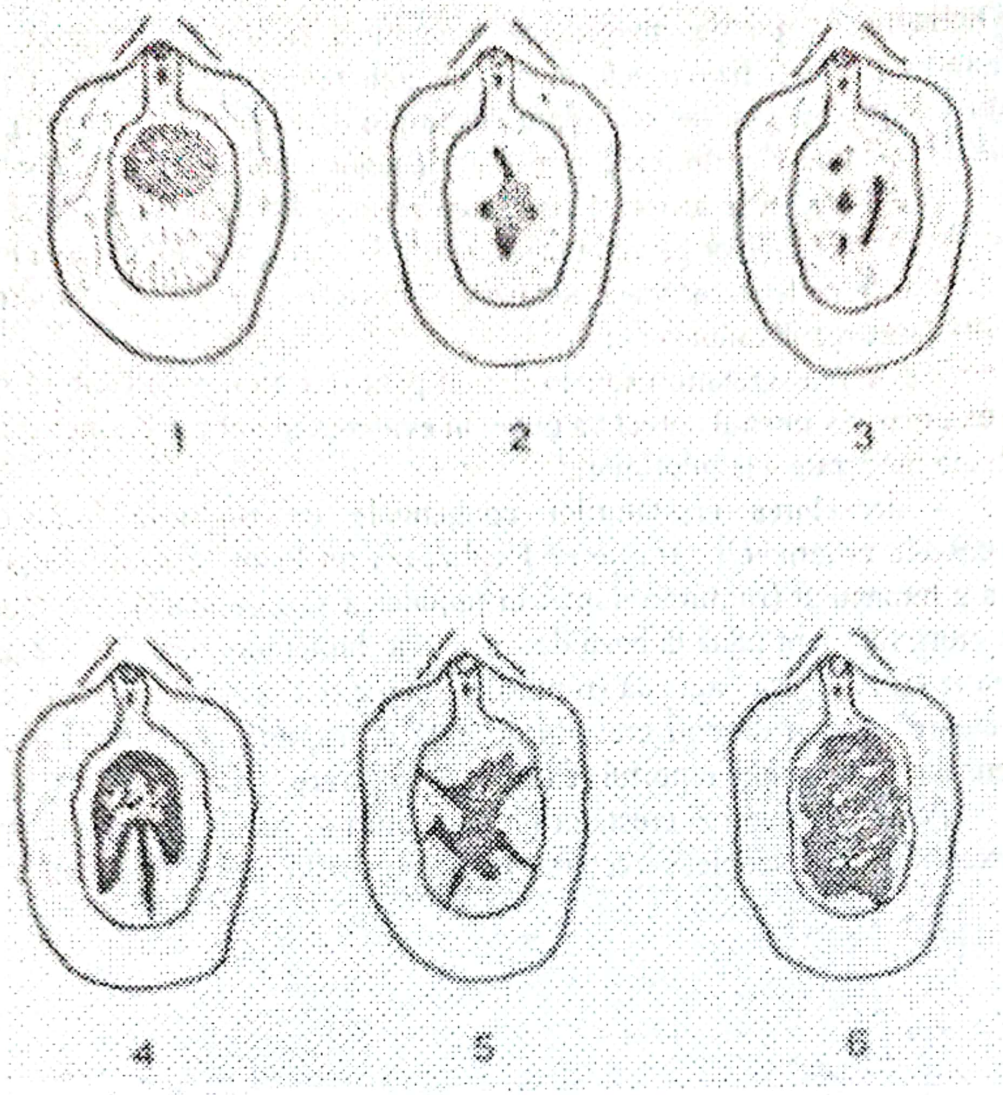

Fig. 51. *1 = himen semilunar; 2 = himen inelar înalt; 3 = himen cribriform; 4,5 = himen cu rupturi; 6 = himen complezant*

Uneori himenul obstruează complet orificiul vaginal (himen imperforat) şi la prima menstruaţie necesită a fi incizat. Alteori membrana este atât de îngustă (2-3 mm) încât circumscrie un orificu himeneal de dimensiuni mari ce permite raportul sexual fără pierderea integrităţii sale (fără deflorare) şi numit din acest motiv himen complezant sau de complezenţă.

Himenul nu are nici un rol fiziologic şi anatomic dar are o mare semnificaţie medico-legală şi de puritate a inimii prin castitatea ce o păzeşte. De aceea la romani, Hymen era zeul castităţii iar ceremoniile de nuntă în alb purtau numele de himenee. Deseori el este un marker fidel de lipsă a vieţii sexuale cu caracter:

- absolut dacă himenul e imperforat, cu sept sau inelar, cu înălţime mare ce circumscrie un orificiu himeneal sub 1-1,5 cm;
- relativ când circumscrie un orificu peste 1,5-2 cm, se prezintă ca un himen complezant şi când persoana poate să nu aibă viaţă sexuală dar himenul nu o ajută a o afirma cu certitudine. După un prim raport sexual, consimţit sau

Scanned with OKEN Scanner

nu, himenul îşi pierde integritatea anatomică, fenomen denumit deflorare. Deflorarea poate fi fiziologică, în cadrul unui raport sexual dar şi patologică când ea se produce cu degetul (ca de exemplu de către cei impotenţi), prin acte sexuale impetuoase şi în disproporţii a organelor genitale, ca şi la copii (până la 10-12 ani deflorarea se asociază cu leziuni extinse dincolo de himen) şi la bătrâni la care atrofia organelor genitale favorizează de asemenea, extinderea leziunilor.

La femeile fără viaţă sexuală, câteva reguli de examinare asigură obiectivitatea rezultatului şi anume:

- evitarea vreunui examen digital pentru a nu crea o ruptură himeneală prin examen. Examenul corect va pune în evidenţă membrana himeneală printr-o tracţiune moderată a labiilor mari;
- deosebirea crestăturilor congenitale de rupturile himeneale prin următoarele criterii: crestăturile se localizează pe toată circumferinţa marginii libere a himenului (rupturile numai în jumătatea sa inferioară), crestăturile, faţă de rupturi, nu merg până la baza de inserţie a himenului, crestăturile au aceeaşi coloraţie cu mucoasa vaginală (rupturile recente pot avea o depunere de fibrină de culoare albă) şi deseori crestăturile, faţă de rupturi, circumscriu un orificu himeneal ce nu permite raportul sexual fără deflorare.

Pentru deosebirea crestăturilor de rupturi se recurge şi la alte investigaţii (de exemplu stereoscopie, cercetarea spermatozoizilor în căile vaginale).(Fig. 52)

Fig. 52. *Examen stereoscopic al unei incizuri (crestături) congenitale*

- Efectuarea examenului clinic din creştet în tălpi, deoarece, niciodată nu ştim unde se află o leziune şi ce altă semnificaţie decât violul poate avea;
- Efectuarea examenului cu lumina adecvată;

Scanned with OKEN Scanner

- Menajarea mai întâi a psihicului stresat al victimei şi apoi efectuarea examenului ginecologic;

- Începerea examenului cu anamneza (relatările victimei) şi la sfârşit examenul ginecologic sau invers, funcție de circumstanţe (false acuzații de viol, fixații patologice etc.).

De menționat că examenul himeneal este de o simplitate stridentă dar orice eroare poate avea consecințe nebănuite.

La femeile cu viață sexuală vor avea relevanță:

- la femeile în vârstă, cu atrofii ale organelor genitale (craurozis) eventualele leziuni la acest nivel;

- leziunile de opoziție la viol, cu lipsa lor eventuală în amenințare sau viol cu pluriagresori;

- leziunile peribucale cu tentativă de asfixie sau drept cauză de deces;

- leziuni de comprimare toraco-abdominală în unele violuri;

- cercetarea morfologică a spermatozoizilor în căile genitale nu are relevanță probatorie ci doar amprenta genetică;

- examenul psihiatric pentru dovedirea lipsei discernământului cu incapacitatea de a consimți şi eventualele complicatii psihice.

II. Leziuni corporale ce caracterizează opoziția la viol. În lipsa acestor leziuni Voltaire spunea că violul este mai uşor de făcut decât de probat. Înfrângerea voinței victimei în viol a dat de altfel şi numele acestei infracțiuni de viol (vis = a înfrânge, a silui). Leziunile de opoziție la viol au o topografie caracteristică fiind localizate pe coapse (pentru a facilita raportul sexual) şi în jurul orificiului bucal (pentru a împiedica victima să strige după ajutor), leziuni, frecvent sub formă de excoriații şi echimoze. Nu rareori aceste leziuni duc la asfixie mecanică letală, la faptul că victima se aruncă de la etaj, de exemplu (probă indirectă de viol prin leziunile de defenestrare).

De menționat că în fața unui singur autor, opoziția victimei de o constituție similară cu a autorului, devine dârză, eficace şi violul ratat, deoarece femeia este ajutată de fenomene fiziologice precum exagerarea lordozei, contractura muşchilor coapsei (a aductorilor numiți pentru aceasta custodes virginitates) şi lipsa de umectare a căilor genitale.

În lipsa leziunilor de opoziție trebuie să admitem una din următoarele situații:

- copii sugestibili care nu se opun actului sexual;

- stările de ebrietate induse victimei ce dau fragilitate consimțământului;

- bolile debilizante, starea de comă;

- situațiile de amenințare ce paralizează prin frică reacțiile de opoziție;

- caz de pluriagresori;

- situația unor boli psihice în care consimțământul este abolit prin lipsa discernământului;

Scanned with OKEN Scanner

Tentativele de viol se pot întâlni în disfuncţii sexuale (impotenţe sexuale) sau în stări de craurozis vulvar (atrofie genitală) ce se opiune consumării raportului sexual.

Realitatea violului prin constrângere psihică sau morală poate contribui la confirmarea acestor stări printr-o examinare psihiatrico-legală.

În cadrul ***laturei obiective*** este de rezolvat:

2. Lipsa consimţământului ce se va dovedi prin existenţa leziunilor corporale de opoziţie, iar în lipsa acestor leziuni, prin "paralizarea" consimţământului ca în bolile psihice, ameninţare, pluriagresori etc.

Dacă opoziţia este reală şi fermă şi nu de circumstanţă (ca în aşa numitele violuri ambigui) se vor produce leziuni patente dar care în situaţii incerte trebuie distinse de "leziunile" erotice care transformă pretinsa opoziţie într-o complicitate la viol.

3. Subiectul infracţiunii de viol. Subiectul activ trebuie deseori identificat (după petele de sânge lăsate pe lenjerie, după caracteristicile genetice specifice (amprenta ADN) din lichidul seminal din căile genitale ale victimei sau de pe rufărie, prin plăgile muşcate sau de altă natură lăsate de victimă în apărare pe corpul autorului etc. Leziunile de pe corpul agresorului se prezintă ca imaginea în oglindă a celor de pe corpul victimei.

4. La subiectul pasiv interesează, pe lângă leziunile de violenţă caracteristice violului şi consecinţele acestei agresiuni cum ar fi :

- transmiterea de boli venerice sau a virusului HIV;
- producerea sarcinii;
- tentativele de suicid, stările psihice reactive etc. În multe state s-a creat un fond de indemnizare a acestor victime ce suferă atari infirmităţi, deseori definitive.

Latura subiectivă a violului implică stabilirea:

5. Contribuţiei victimei la viol, reflectată prin ceea ce un jurist afirma: violul este o acuză uşor de adus, greu de probat şi mai greu de apărat, pentru că niciodată victima nu este total inocentă.

Riscurile victimologice în viol rezidă în plimbările solitare şi nocturne imprudente, vizitele nejustificate la bărbaţi necunoscuţi, consumul prealabil de alcool precum şi alte situaţii capcană când victima alege autorul şi un raport sexual consimţit este transformat ulterior într-un act de violenţă, ceea ce transformă violul într-o infracţiune dual㠹.

6. Falsele acuze de viol se pot întâlni ca fiind veridice (de exemplu la tinere sau tineri fără experienţă sexuală, care confundă un act sexual anteportas sau interfemural cu un raport sexual) dar la care, examenul clinic relevă lipsa semnelor de deflorare (starea de virginitate) sau acuze neveridice (de rea credinţă) când victima îşi autoproduce leziuni corporale caracteristice simulării violului (excoriaţii pe coapse, torace, cu o direcţie caractersitică şi accesibile etc.).(Fig. 53)

Scanned with OKEN Scanner

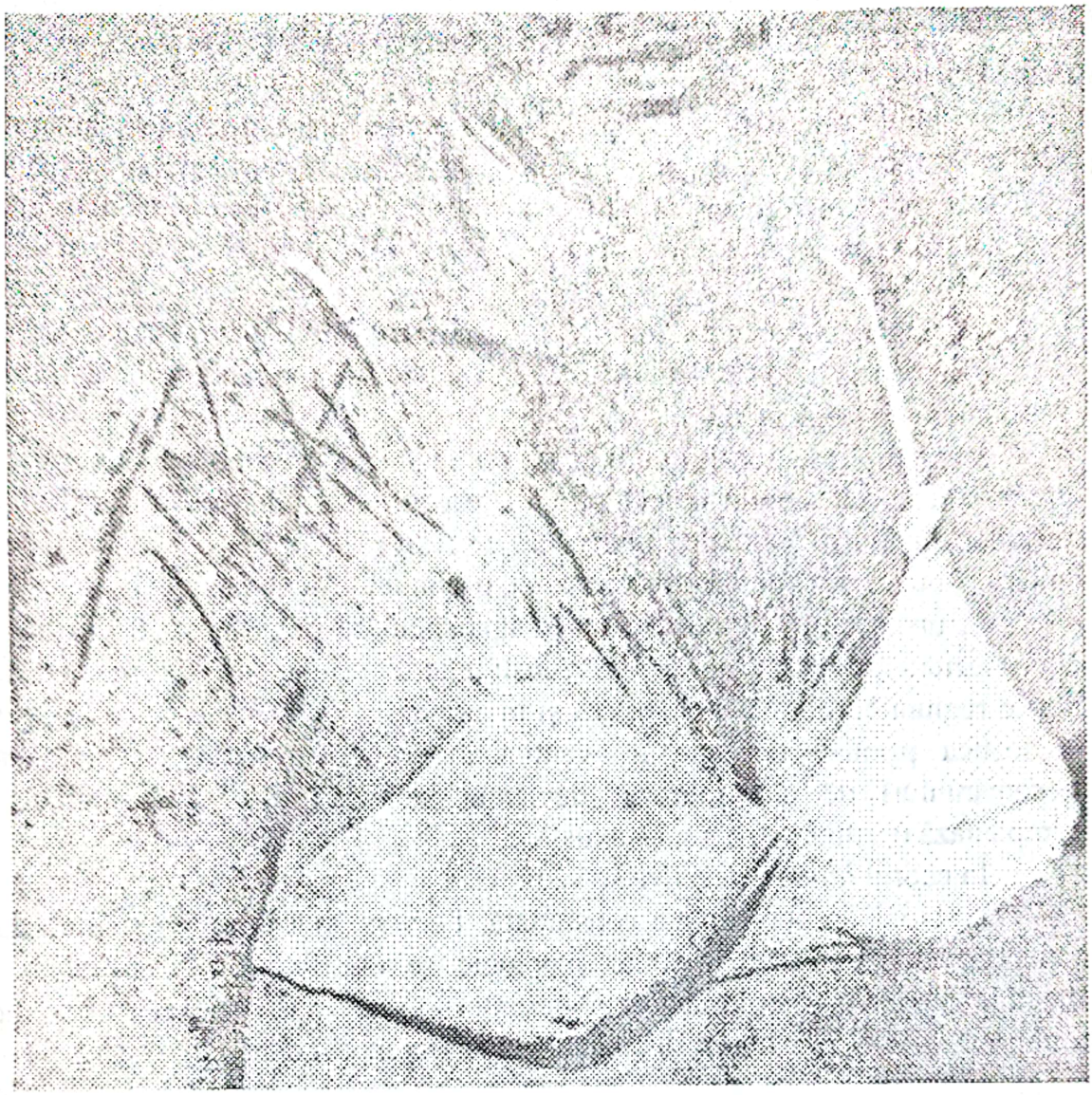

Fig. 53. *Leziuni excoriative autoprovocate într-o acuză falsă de viol*

În perversiunile sexuale, în cadrul ***obiectului*** infracțiunii se va dovedi:

1. Realitatea perversiunii ca fiind un ansamblu de comportamente psihosexuale ce presupune condiții atipice pentru obținerea plăcerii sexuale (Freud). Ele definesc deci o sexualitate nefiziologică dar care excluse diversitatea din intimitatea sexuală.

S-au încercat şi alte definiții după care perversiune este orice sexualitate consumată în afara specificului său uman (de afectivitate) sau în afara procreației (definiții rigoriste) sau altele care exclud din perversiunile nefiziologice masturbația, homosexualitatea şi alte tipuri de acte infrasexuale ce preced şi inițiază sexualitatea fiziologică precum prostituția etc. (definiții liberale). Se va constata:

- frecvența lor la bărbați la care fiziologic sexualitatea are un caracter activ, uneori mai imperios;
- coexistă frecvent cu unele anomalii ale personalității, motiv pentru care se mai numesc şi sexopatii;

Scanned with OKEN Scanner

- implică o disociere dintre instinct şi afectivitate, cu înclinaţie exclusivă spre hedonism;

- sunt deseori expresia unei sexualităţi eşuate care, prin exces imaginativ şi fantasme morbide, pot genera aberaţii sexuale. Astfel curiozitatea sexuală şi disfuncţiile sexuale refulate în subconştient revin sub formă de acte ratate, obsesii, forţa unei dorinţe, cum spunea Fromm, fiind maximă când se scaldă în inconştient.

Realitatea perversiunii implică şi cunoaşterea etiologiei (cauzelor lor):

- de natură medicală internă (cauze genetice, hormonale, psihice în cadrul dizarmoniilor de personalitate);

- externe (relaţionale) cum ar fi sexualitatea precoce (ce fixează ideea partenerului ca un simplu obiect sexual), eşecurile sexuale ca o consecinţă a diferitelor disfuncţii sexuale, pedepsele excesive pentru jocurile sexuale în copilărie, abuzul de contraceptive la femei, privaţiunile sexuale, etc.

În unele tipuri de perversiuni diagnosticul se pune în stare de flagrant delict (leziuni corporale în caz de constrângere, urmele de spermatozoizi în diferite regiuni corporale cavitare) ca şi în caz de perversiune cronică ce se vor diagnostica printr-o derulare a eventualelor cauze medicale, a patogeniei (mecanismului) de constituire a devianţei sexuale şi a stării mintale ce acompaniază o astfel de aberaţie sexuală.

În cadrul ***laturii obiective*** se va preciza:

2. Tipul de perversiune consumată. Perversiunile se pot clasifica după modul de alegere al victimei iar fiziologic se clasifică în perversiuni ale obiectului sexual (exemplu pedofilia, gerontofilia), ale scopului sexual (exemplu exhibiţionismul) şi ale realizării actului sexual (exemplu onanismul). (fig. 54)

Scanned with OKEN Scanner

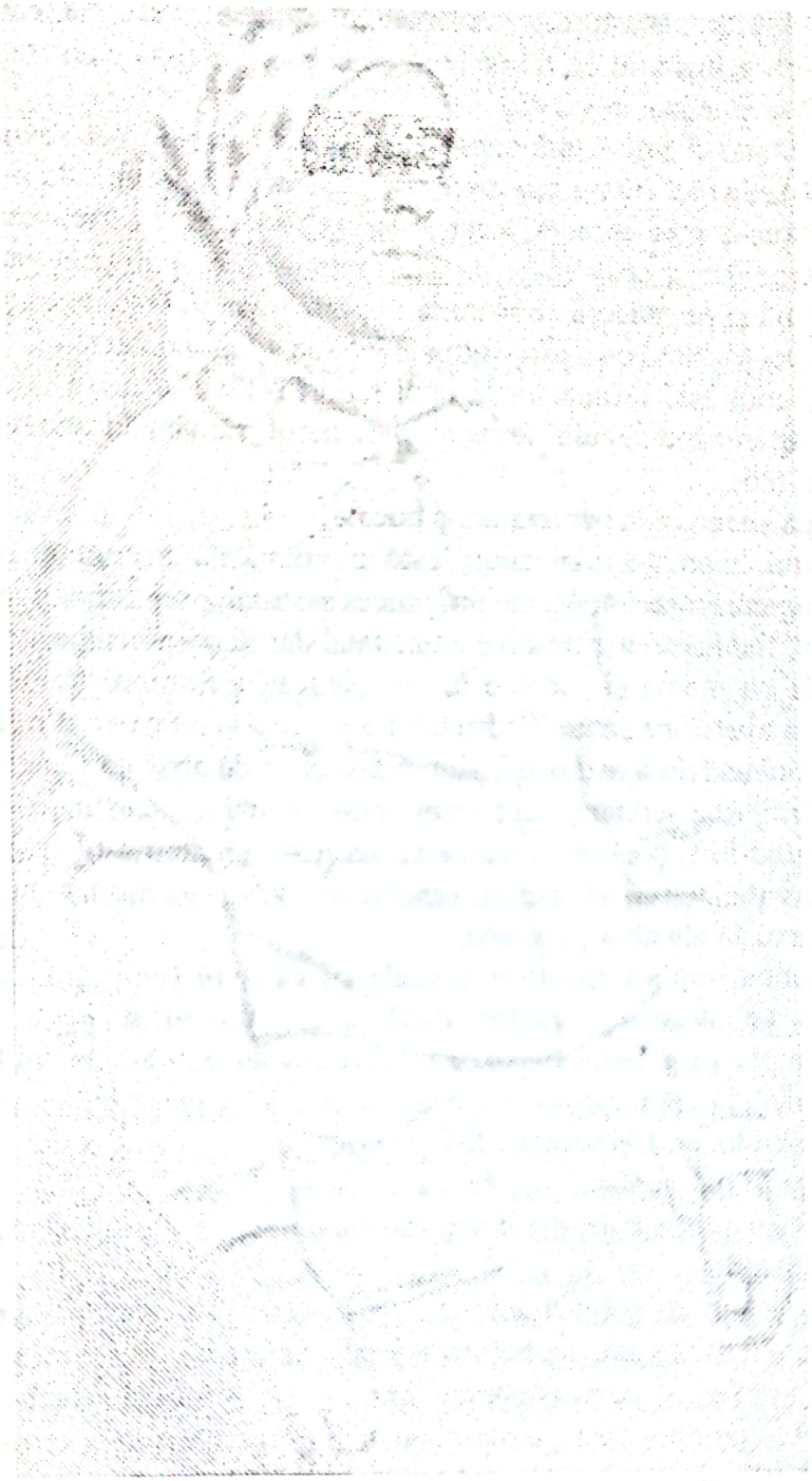

Fig. 54. *Travestim cu prostituție bilaterală masculină*

Alte perversiuni sexuale sunt cantitative (hiepersexualități patologice cu leziuni ale măduvei spinării, epilepsii, lues, ovarite sclerochistice etc.) sau hiposexualități motivate diferit.

Masturbarea (onanismul) este o parafilie și ca atare parafiziologică, ce devine patologică, doar în 1% din cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

Pedofilia şi gerontofilia constituie o atracţie exclusivă către copii şi bătrâni (Tardieu a elaborat un fel de lege după care victima e cu atât mai tânără cu cât agresorul este mai în vârstă).

Masochismul reprezintă satisfacţia victimei într-un act sexual prin a fi maltratată iar sadismul (mare sau mic) este satisfacţia autorului de a-şi exacerba satisfacţia sexuală prin lezarea, deseori până la deces, a victimei (sadismul exprimă o ferocitate a celor slabi în faţa femeii). Leziunile centrează organele genitale şi sânii şi pe măsură ce victima imploră mila, agresivitatea şi satisfacţia autorului creşte. Victima este transformată într-un simplu obiect.

Fetişismul este incapacitatea unui raport sexual în afara unui obiect cu valoare fetiş aparţinând sexului feminin, partenerul rămânând undeva în spatele acestui obiect fetiş.

Felaţia se referă la perversiunile bucale.

Incestul, cum s-a mai spus, este o rămăşiţă a hominizării sexuale, deoarece exogamia s-a impus ca un proces natural prin prohibiţia incestului (pentru Freud, fiul hoardei primitive ucide tatăl dar datorită culpei refuză a avea relaţii sexuale cu mama şi surorile lui iar pentru L. Strauss, traiul în comun determina şi la aversiune sexuală). Prohibiţia incestului a favorizat trecerea de la natură la cultură astfel că astăzi îl întâlnim favorizat de absenţa femeii, incultură, trai comun în promiscuitate, alcoolism, boli mintale. Incestul este fraterno-fraternal, paterno-filial şi excepţional (în schizofrenie) materno-filial.

Voeurismul este obţinerea satisfacţiei sexuale numai prin vederea raporturilor sexuale ale altor persoane.

Necrofilia implică raporturi sexuale cu cadavre (unii spun că în Egipt femeile erau îmbălsămate imediat după deces pentru a evita necrofilia), bestialitatea implică rapoartele sexuale cu animale iar exhibiţionismul merge de la cel minor până la cel major de expunere a organelor genitale, de obicei la ore fixe şi în aceleaşi locuri frecventate de femei.

Subiectul infracţiunii ne relevă că:

3. Perversiunea este o infracţiune bilaterală în care ambele persoane trebuie examinate.

Cum deseori un subiect activ exercită perversiunea asupra unui subiect pasiv care poate fi minor sau un bolnav mintal, examinarea acestora sub aspectul consecinţelor induse de perversiune se impune (transmiterea de boli venerice până la SIDA, condiţionarea şi permanentizarea perversiunii, crimele sadice, supravieţuirea cu leziuni corporale, etc.).

În cadrul ***laturii subiective*** a infracţiunii

4. Printr-o expertiză psihiatrico-legală se va dovedi starea sa mintală, frecvent afectată la nivel de psihoză în aberaţiile sexuale majore. În rest, subiecţii fără tulburări psihice, acest tip de infracţiuni implică intenţia directă.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XVII

MEDICINA LEGALĂ ŞI DREPTUL FAMILIEI

Căsătoria constituie un mod sui generis de homeostazie (echilibru personal şi de cuplu), de intermodelare şi dezvoltare reciprocă a personalităţii pânăl la formarea chiar a unei personalităţi de cuplu. Deci căsătoria este o unitate dual prin care partenerii se realizează unul prin celălalt (uniune de multiplicare a sensurilor vieţii proprii prin celălalt).

Factorii de coeziune ai cuplului conjugal sunt:

- afecţiune şi stimă manifestată prin generozitate şi disponibilitate reciprocă. Dragostea conjugală, deşi mai puţin romantică, este însă mai lucidă, profundă, completă, calmă şi echilibrată;
- complementaritate, adică necesitatea de a găsi în celălalt ceea ce lipseşte sinelui;
- potrivire sexuală.

"Raporturile dintre ei sunt dominate de legea schimbului afectiv. Plăcerea resimţită de fiecare este sfârşitul şi explicaţia zburdăniciei afective. Cu o imaginaţie apropiată de a unui inventator şi în vederea unui efect definit şi dorit, ei fac să varieze presiunile, jocurile şi tandreţea lor. Fericita dispoziţie a organelor are şi plăcerea lor afectivă, astfel că, reciprocitatea diferă foarte puţin. În acest mod fiecare egoism ţine cont de probitatea şi egoismul celuilalt. Căci, contactul cu plăcerea altuia favorizează proba sa altruistă şi-i permite a glisa către o doză notabilă de generozitate, simpatie şi mai ales de empatie. Se naşte un fel de religie sexuală, reconstruită şi reinventată de fiecare dată prin intermediul şi cu ajutorul sufletului, religie capabilă de a nutri focul şi a-l menţine veşnic aprins. Această religie se bazează pe două idei principale:

➢ că uniunea de corpuri este un mister grandios ce depăşeşte mecanismele ordinare ale vieţii biologice pure şi astfel se învecinează cu supranaturalul;

➢ şi că adoraţia de trupul altui sex ce exprimă frumuseţea, devine mijlocul de a adora o divinitate obscură ce se disimulează înapoia fiecăruia şi care permite ca deplasarea către corp, acest idol apropiat şi palpabil, să devină o voluptate vecină cu transcendenţa" (J. Romains).

Dintr-un punct de vedere medico-legal, sănătatea familiei rezidă în corespondență reciprocă la nivel biopsihosocial, homeostazie, complementaritate și integrare a aspirațiilor proprii în personalitatea cuplului.

Ori de câte ori sănătatea conjugală este afectată se produc conjugopatii (disfuncții ale vieții conjugale) care pot fi biologice (incompatibilități sexuale), psihologice (afecțiune egoistă, incompletă ori de compromis, drept capcane ale afecțiunii conjugale, și distorsiuni ale tipului de comportament sexual homeostazic) și consecințe sociale.

Sub aspect conjugopat vom întâlni cupluri devitalizate și obișnuite cu conflictele, cupluri fluctuente, cupluri cu echilibrul afectat prin lipsa disponibilității la compromisuri, cupluri violente etc.

După lege, condițiile de fond ale căsătoriei (condițiile fizice) privesc:

- diferență de sex, căsătoria legală fiind doar unirea bărbatului cu femeia;
- vârsta matrimonială de 18 ani pentru băieți și 16 ani pentru fete, cu dispensă de la 15 ani;
- comunicarea reciprocă a stării de sănătate.

Condițiile psihice se referă la consimțământul liber și clar (acord liber, mutuus consensus) care va lipsi în caz de înșelare, viclenie (dol);

Condițiile morale se referă la faptul că legea interzice și pedepsește bigamia și incestul, adulterul și abandonul de familie, relele tratamente aplicate minorilor etc.

În drept, unele dintre condițiile expuse sunt dirimante (anulează căsătoria) iar altele sunt prohibitive (se sancționează prin divorț).

Prin cele de mai sus legea consacră principiile (nevoile fundamentale) ale vieții de familie ca fiind:

- reproducerea, deoarece, prin căsătorie "viața trebuie să dea viață" și numai astfel, prin urmași, căsătoria își depășește propria condiție. Prin căsătorie sexualitatea devine creatoare iar ceea ce este creator este și sacru;
- afecțiunea reciprocă, cât timp, căsătoria trebuie să fie un izvor permanent de afecțiune, monogamia fiind consecința firească a afecțiunii. Platon ne spunea că în sexualitatea fără iubire se află repulsia și crima și că în sexualitate numai iubirea e sfântă, numai iubirea este creație supraindividuală și prin aceasta cosmică. Sensul iubirii este tocmai această contopire divină de învingere și de depășire a biologicului.
- ascensiunea spre valori spirituale și
- sprijinul și ajutorul economic.

Dacă aceste nevoi nu se realizează, o căsătorie devine fictivă (căsătoria cu victima unui viol riscă a deveni o ficțiune prin privațiunea afectivă) sau devine putativă (ca de exemplu ca atunci când ea nu se consumă sexual și astfel nu realizează dorința de urmași).

Anularea căsătoriei se face pentru nulități absolute (ca de exemplu lipsa vârstei legale, alienarea mintală, malformațiile sexuale ca manifestare a unei nediferențieri sexuale) sau relative ca viciile de consimțământ datorită erorii,

Scanned with OKEN Scanner

dolului, violenței. Între nulitățile relative se încadrează și ascunderea unor boli, ascunderea sarcinii etc.

Divorțul (mutuus dișensus) se acordă pentru celelalte cauze și există asfel un divorț remediu, altul sancțiune și un divorț mixt. Cauze cum ar fi constrângerea la perversiuni, nocivitățile psihice etc. ușurează procedura și trebuie dovedite expertal.

Divorțul devine astfel un fidel barometru al sănătății conjugale (al conjugopatiilor) atât genetice, cum ar fi: căsătoriile imature prin idealizarea excesivă a unui partener, căsătoriile din obligație, competitive sau forțate. Alte conjugopatii ce duc la desfacerea căsătoriei apar pe parcurs așa cum ar fi incompatibilitățile sexuale, consumul abuziv de alcool, violența intraconjugală.

I. Probațiunea medico-legală a neîndeplinirii diferenței de sex

Platon spune că Zeus a tăiat androginul în două deoarece a asaltat cerul și de atunci fiecare jumătate caută unitatea pierdută, își caută cealaltă jumătate. Dragostea este dorul și căutarea acestei întregiri, a reîntoarcerii la natura originală căci depășirea dualității printr-un tot e mult mai importantă decât dacă ai rămâne singur. Aici stă creația, spune Platon.

Uneori, natura nu diferențiază corect, ca Zeus, sexul, și crează în aceași persoană atribute sexuale de la ambele sexe, numite intersexualități. Trebuie să intervină atunci expertiza pentru a defini modul cum o intersexualitate afectează viața de cuplu. Dar o precizare expertală a sexului se poate solicita și în neînregistrări civile ale persoanelor, în înregistrarea lor eronată, în atentatele sexuale asupra unui intersexuat și evident în anularea căsătoriei prin neconsumarea ei.

Sexul este definit ca totalitatea atributelor celulare, anatomice, funcționale și psihice ce diferențiază un bărbat de o femeie și el are mai multe nivele de dezvoltare: genetic (inițiat de cromozomi), gonadic (de formare a testicului și ovarului), gonoforic (a căilor genitale ca vagin, penis), hormonal (sexul se desăvârșește de hormoni), somatic (constituție antropologică externă), psihologic (comportament și sensibilitate cu trăsături și intensitate specifice) și civil (de înregistrare în evidențele civile).

Sexul normal implică o concordanță a acestor nivele față de intersexualități ce exprimă o discordanță a lor, mai ales între genotip și fenotip.

Între hermafroditism (de la Hermes și Afrodita) și homosexualitate (pentru unii o intersexualitate psihologică) există o multitudine de tipuri de intersexualități, printre care, cele mai frecvente sunt pseudo hermafroditismele masculine și feminine. Alături de cei 3000 de hermafrodiți din lume există multe femei virilizante (cu ovare dar cu organe genitale externe masculine) și bărbați feminizați (cu testicule dar cu organe genitale externe feminine).

Transsexualismul constituie o convingere absolută a subiectului că aparține sexului opus și poate fi minor (travestism) sau major (solicitarea de schimbare a sexului). Benjamin îl definește ca o dorință obsesivă a unui subiect

Scanned with OKEN Scanner

de sex determinat de schimbare a sexului în concordanță cu un sentiment intim și autentic de apartenență la alt sex și cu desgust pentru propriile organe genitale.

Este numit și disforie de gen și după prima operație din 1950 au apărut sute de cereri. În antichitate Tirezias, spune Herodot, și-a schimbat de șapte ori sexul, iar în 1581 căsătoria unui transexual cu o femeie a fost condamnat la moarte. Transsexualismul primar este o tulburare de diferențiere sexuală (eroare a naturii care în caz de refuz a operației duce la automutilări artizanale) iar transsexualismul secundar apare ca un simptom de boală psihică (schizodisociere sexuală delirantă) sau în alte boli (epilepsie temporală, abuz de amfetamine). Transsexualismul pur poate fi o tulburare psihică de diferențiere sexuală (sex imprinting) sau o tulburare hormonală congenitală.

Criteriile doagnosticului de transsexualism pur sau primar constau în:

- obstinația schimbării sexului, sexul dat de natură fiind considerat o anvelopă fenotipică în discordanță cu trăirile sale psihice de disconfort.
- lipsa cauzelor de transsexualism secundar. Operația este licită în transsexualism dacă subiectul are peste 18ani, este steril ori celibatar, convingerea sa este irevocabilă (de obicei din copilărie), fiind considerat un drept la viața personală initimă (Curtea europeană de justiție))

Problemele pe care le ridică transexualismul:

- liceitatea operației;
- validitatea unei noi căsătorii nu este recunoscută, de regulă, deoarece, rămâne identitatea de sex biologic;
- noul sex civil este justificat ca eroare de înregistrare;
- în situația transsexualilor căsătoriți, față de copii rămân tată și mamă, față de cei ce vor surveni se recomandă adoptarea lor. (fig. 55, 56)

Familia sau medicul recunoaşte disgeneziile fie la naştere (printr-un clitoris hipertrofic sau hipospadias), la pubertate (printr-o pubertate precoce sau întârziată) sau chiar la vârsta adultă (printr-o sterilitate sau azoospermie). În general ageneziile (absența ovarelor sau testiculelor) produc intersexualități ce se recunoasc la naştere iar disgeneziile (amestecul organelor sexuale) se recunosc la pubertate.

Ideal ar fi ca diagnosticul de intersexualitate să se stabilească la naştere, când va prima sexul genetic, deoarece ulterior priza de conștiință a sexului trebuie să se facă în conformitate cu caracterele predominante din sex (sex civil de creştere). La pubertate se optează pentru sexul psihologic. Temporizarea declarării la starea civilă, înregistrarea (în caz de dubii) cu sex feminin (sexul se va corecta mai uşor pe cale chirurgicală în acest sens) sau acordarea unui prenume ambivalent sunt alte măsuri ce vor uşura priza conștiinței de sex ulterioare.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 55. *Transsexual masculin ce duce în eroare o tânără şi contractează o căsătorie*

Fig. 56. *Extirparea sânilor la transsexualul din figura precedentă*

Constatarea unei intersexualităţi ce nu consumă căsătoria justifică anularea ei.

II. Probaţiunea vârstei matrimoniale

Pentru contractarea căsătoriei se cere îndeplinită capacitatea de fecundare, de coabitare, de naştere, de creştere şi de educare a copiilor, atribute care, printr-o dispensă de vârstă la căsătorie vor fi atestate într-un certificat medical. Deşi relative în faţa tehnologiilor medicale actuale, unele din aceste condiţii pot fi supleate prin fecundare artificială şi prin cezariană, dar incapacitatea de coabitare nu poate fi supleată iar creşterea şi educarea copiilor este esenţială pentru viitorul unei persoane şi chiar a comunităţii în care va exista.

III. Relativitatea reciprocă a stării de sănătate devine o condiţie esenţială sănătăţii conjugale, având în vedere că multe boli pot fi disimulate în acest scop. Dintre aceste suferinţe esenţiale sunt disfuncţiile sexuale ce se opun consumării căsătoriei şi care, dacă erau cunoscute de partener, pe lângă faptul că se constituie ca o injurie la adresa celuilalt, anulează o căsătorie faţă de faptul dacă ele ar apare pe parcurs.

Eupareunia (raportul sexual normal) este corespondenţa fiziologic-sexuală la toate nivelurile sale (genetic, gonoforic, psihologic), iar despareuniile (disfuncţiile sexuale) sunt anomalii ale sexualităţii normale ce au ca trăsături:

Scanned with OKEN Scanner

- sunt mai frecvente la bărbați care nu le recunosc nici când femeia probează inaptitidinea sa cu integritatea himenului (datorită sentimentelor de jenă ce le trăieşte față de parteneră).
- sunt de origine psihologică drept consecință a inhibițiilor şi fricii de eşec ce aduce eşecul;
- se asociază cu sentimente de culpă şi umilință ce duc la sentimente de inferioritate şi chiar de suicid;
- sunt totdeauna în defavoarea sexului feminin (disfuncțiile feminine sunt secundare celor masculine);
- disfuncțiile sexuale consecutive eşecurilor sexuale duc la substituirea realității cu o imaginație morbidă ce se află la baza unor perversiuni sexuale;
- orice insuficiență de dinamică sexuală devine un puternic detunător de agresivitate;
- cum frecvent diagnosticul este clinic şi anamnestic, relația expert-bolnav bazată pe încredere şi efort terapeutic este esențială.

Disfuncțiile sexuale masculine, în 50% cazuri sunt pasagere, în 10% cazuri de natură organică şi în 90% cazuri de origine psihică. Instalarea lor implică un eşec sexual care prin repetare crează o preocupare obsesivă despre comportamentul sexual şi duce la anticiparea eşecului astfel că ratarea instinctului crează patul unui nou eşec. Persoana va prezenta sentimente de culpă şi inferioritate şi consecutiv faptului că acest şoc emotiv este perceput şi chiar amplificat de parteneră, persoana se retrage în abstinență sau deviază către tendințe sexuale perverse. Nex-ul acestei disfuncții psihice este deci frica de eşec care crează eşecul (inhibiția corticală a unui act în mare parte automatic) încât disfuncția devine o infirmitate construită mintal cu anticipație.

Formele clinice privind disfuncțiile sexuale masculine se referă la:

- tulburări de dorință (libido);
- tulburări de erecție;
- tulburări de ejaculare precoce;
- tulburări de satisfacție (orgasm).

La femei disfuncțiile sexuale iau forma:

- apareuniilor (în absențe congenitale de vagin, stenoze vaginale, himen imperforat);
- dispareunii (rapoarte sexuale dureroase), în infecții, aderențe, vaginism (contractură a musculaturii perivaginale);
- frigiditatea primară sau secundară disfuncțiilor masculine, în deosebi a ejaculării precoce. Nu rareori are cauze psihice (lipsa afecțiunii pentru partener). De aceea se spune că nu există femei frigide ci bărbați cu dificultăți sexuale.

IV Încălcarea consimțământului la căsătorie se rezolvă printr-o expertiză psihiatrico-legală.

Scanned with OKEN Scanner

În dreptul familiei, *cercetarea filiației între copii și părinți* solicită intens expertiza medico-legală.

În mod clasic, maternitatea rezultă din actul naşterii (mater semper certa est) iar paternitatea dintr-o prezumție (pater is est quem nuptiae demonstrant).

Constatarea maternității se face în caz de substituiri de nou născuți (schimburi involuntare) în maternități și în caz de furt de copii.

Frecvent se contestă paternitatea fie pentru copii născuți în afara căsătoriei (cercetarea paternității) fie pentru cei născuți în căsătorie (contestarea sau tăgada paternității)

Expertiza stabileşte concordanța dintre statutul de tată biologic (de fapt) și tată juridic (de drept) prin excluderea celor putativi de la o pretinsă paternitate și prin excludere rămânând cel pozibil a fi tată. În acest scop medicina legală dispune de mai multe metode:

- Stabilirea datei raportului sexual fecundant după parametrii la naştere a noului născut şi retrospectiv stabilirea datei raportului sexual fecundant (exemplu copil născut la 280 zile dar tatăl dovedeşte că are relații sexuale cu mama doar de 100 de zile);
- Stabilirea capacității de procreare (capacitatea de coabitare nu exclude paternitatea) prin cercetarea numărului de spermatozoizi (normal între 60 - 120 de milioane pe ml) şi considerarea minimului fertil de 20 de milioane, deşi pentru fecundare este nevoie doar de un singur spermatozoid. Se cercetează apoi morfologia lor (60% normali) şi motilitatea lor (50% mobili). Pe lângă spermogramă se fac şi alte multiple explorări în vederea diagnosticului unei infertilități (genetice, biochimice, hormonale etc.) pentru a stabili dacă ea este secretorie ori excretorie. Dar, pentru excluderea de la paternitate este necesar ca subiectul să fie azoospermic şi această azoospermie să fi existat la data raportului sexual fecundant, deoarece, poate fi ulterioară acestui raport, existând şi riscul fraudelor (subtituirilor) la recoltare.
- Cercetarea dermatoglifelor care având o ereditate poligenică, deci fiind consecința acțiunii genelor de pe locus-uri cromozomiale diferite, au o valoare cantitativă, în sensul că dacă copilul nu a primit 50% din dermatoglife de la tată, acesta e probabil a nu fi tată dar nu se poate exclude fără completarea cu alte explorări monogenice. Minuțiile dermatoglifelor au o valoare diagnostică mai mare. Pentru jurist, cercetarea dermatoglifelor constituie un mijloc de informare.
- Cercetarea antropologică se face în contestarea paternității, la orice vârstă (pentru că cercetarea paternității se face până la vârsta de un an). Se explorează astfel afecțiunile transmise prin cromozomul Y (ereditatea holandrică) precum şi structura cromozomului Y ce trebuie să fie identică la copil şi prezumtivul tată.
- Cercetarea grupelor sanghine şi serice care sunt sisteme antigenice (fenotipice) genetic controlate. Aceste grupe sunt stabile (mutațiile sunt

Scanned with OKEN Scanner

excepționale), segregă independent, sunt caractere monofactoriale şi nu apar la copii de nu există la părinți, astfel că pretinsele excepții de la legile lor de transmitere se datoresc de fapt ilegitimității.

Legile de excludere de la paternitate:

- *Dacă un antigen (grupă) prezent la copil nu există nici la mamă nici la tată, înseamnă că unul din ei nu l-a transmis. Cum maternitatea este certă, tatăl se exclude.*

De exemplu un copil este de grupă sanghină A, iar părinții analizați sunt de grupB. În acest caz mama este heterozigotă (BO) şi a transmis copilului gena O (copilul este şi el heterozigot AO) iar gena A a moştenit-o de la un bărbat care are acest caracter şi nu de la bărbatul analizat ce are gena B.

- *Un bărbat homozigot pentru o genă nu poate concepe un homozigot pentru o altă genă situată în acelaşi locus pe acel cromozom.*

De exemplu în sistemul sanghin Rh, un bărbat CC nu poate concepe un copil cc deoarece aceste gene nu pot coexista pe acelaşi locus al cromozomului său. În sistemul seric hepatoglobinic un bărbat tip 1-1 nu poate concepe un copil Hp 2-2, din acelaşi motiv.

Aceste legi se aplică în cercetarea grupelor sanghine (ABO, secretor - nesecretor, Rh, MN etc.) serice, HLA etc. şi cu cât se investighează mai multe sisteme cu atât cresc şansele excluderii unui bărbat putativ de la o filiație

Iată o astfel de explorare:

Se cere stabilirea paternității într-o tăgadă în care se constată următoarele:

Soțul	- A, MN, ccddee, 2-2
Vecinul	- AB, MN, CCDee, 2-2
Mama	- O, MN, CCDee, 2-2
Copil 1	- B, MN, CCDee, 2-2
Copil 2	- O, MM, CcDEe, 2-1

Se observă excluderea soțului de la paternitatea ambilor copii deoarece nu posedă gena B şi gena C pentru copilul 1 (care are gena A si c) şi nu posedă gena E şi Hp 1 pentru copilul 2 (tatăl are gena e şi Hp 2).

Vecinul acuzat de paternitatea celor doi copii se exclude de la paternitatea copilului 2 deoarece nu are genele c, E şi Hp1 (el având genele C, e, Hp2).

Concluzii: tatăl juridic (ce a recunoscut copiii) nu este şi tatăl biologic a ambilor copii, iar vecinul poate fi tatăl unui copil,al doilea copil fiind conceput cu un alt bărbat. Sub aspect procesual, excluderea genetică de la paternitate are valoarea unei probe absolute.

- *Amprenta genetică a început a se aplica şi în domeniul filiației din 1986 (un tânăr francez obligat la pensie alimentară, prin această explorare; pentru copilul conceput în Anglia), în 1987 (în stabilirea paternității după viol), în 1988 în identificarea autorului a 8 violuri etc., astăzi aplicându-se în mod curent şi în domeniul filiației.*

Scanned with OKEN Scanner

În domeniul *adopției*, expertiza medico-legală recomandă îndeplinirea unor condiții în plus față de cele legale, condiții ce au aptitidinea de a garanta buna integrare a înfiatului în noua familie.

Astfel:

- înfierea se va face cât mai precoce pentru ca cel înfiat să facă priza de conștiință a noii familii înainte de vârsta de 4 ani;
- a se comunica înfiatului condiția sa de înfiat și invocându-se în acest sens o dramă ce a dus la pierderea părinților săi biologici (în unele țări se interzice mamei a lua legătura cu copilul după adopție)
- copilul va fi înconjurat de afecțiunea firească datorată unui copil biologic și nu va umple doar un gol afectiv al părinților adoptivi.

O aceeași atenție trebuie acordată și copiilor adoptați după divorț care sunt considerați ca niște copii în doliu prin resimțirea dureroasă a lipsei unui părinte și căutarea permanentă a celuilalt pol al afectivității sale. Riscul este ca, de exemplu, fetele să refuze prin imprinting, sexul masculin (plecând de la acuzele aduse de mamă tatălui), să-și accentueze preocupările narcisiste și bovarice și prin primirea unor mesaje contradictorii de la cei doi părinți să facă chiar tulburări psihice de disociere a personalității. Nu rareori, polarizarea către unele grupuri deviante exprimă dorința de identificare și maturație.

În probleme de drept al familiei se pune și problema cazurilor de interdicție prin instituirea curatelei sau tutelei ce se vor rezolva după regulele de precauție a expertizelor psihiatrico-legale.

Reproducere medical asistată și filiație

Recomandările Consiliului Europei privind reproducerea medical asistată includ ca reguli următoarele:

Tehnica reproducerii asistate medical se face numai la cuplurile heterosexuale și numai la cuplurile la care alte tratamente au eșuat.

Donarea de gameți nu va fi discriminatorie și nu se va face în scop de profit. Se păstrează anonimatul donatorului și numai viitorul copil va avea acces la tehnica prin care a fost conceput și la identitatea donatorului. După aceste recomandări, femeia ce naște este considerată mamă iar soțul ce oferă gameții este tată, dacă a consimțit la donare. Dacă donatorul este necunoscut, nu se va stabili vreo legătură de paternitate. În anumite situații, mama de substituție poate crește copilul.

Soluții de drept comparat

Reproducerea medical asistată a determinat soluții dificile de legiferat. Socotită de mulți ca o practică contra naturii (după regula canonică că ceea ce nu este natural, este imoral), 3% din copii în lume se nasc prin această tehnologie și rata lor crește. Consecutiv un copil poate avea 6 părinți (doi genetici,doi adoptivi și doi sociali), încât problemele sociale cele mai acute privesc dreptul copilului la

Scanned with OKEN Scanner

filiație naturală și legitimă precum și nevoia de a fi considerat subiect de drept sau de a-și cunoaște tatăl sau mama. Rezoluțiile nu admit acest gen de reproducere decât la cuplurile heterosexuale, căsătorite de cel puțin 2 ani, și numai în baza următoarelor condiții: consimțământ scris, eșecul altor metode terapeutice, cu evitarea riscului de transmitere a unor boli, cu precizarea prealabilă a statutului noului născut, nealegerea prealabilă a sexului, anonimatul donatorului, cu garantarea metodei ca fiind lipsită de riscuri pentru mamă și viitorul copil (în care se instituie răspunderea de rezultat), cu interdicția transferului de embrioni și evitarea obținerii de profit.

La început s-a cerut a fi testată și reacția opiniei publice, motiv pentru care la TV din USA, prezentarea primului caz s-a făcut ca și cum procedeul ar fi fost realizat în Australia. Consimțământul la reproducere medical asistată se va da în fața unui Tribunal sau a unui notar, după informarea prelabilă privind consecințele sale asupra filiației.

În mod concret Justiția a decis și s-a legiferat că, dacă gameții sunt donați, soțul este considerat tată legitim și soția ce naște este mamă, dat fiind că atât timp cât soțul a consimțit la inseminare artificială el nu poate contesta legitimitatea copilului. Rezolvarea s-a considerat similară și în situații de concubinaj. Altfel, între donatorul de gameți și copilul conceput prin procreare artificială nu se poate stabili nici o legătură de filiație și nici o acțiune pentru pensie alimentară nu se poate stabili împotriva sa. Cel mult, în circumstanțe particulare, donatorul ce a consimțit la donare nu poate avea decât dreptul eventual de a fi tată adoptiv. În Franța, consimțământul la acest gen de reproducere nu obligă la recunoașterea paternității, spre deosebire de Suedia. În majoritatea statelor însă, consimțământul interzice orice acțiune în contestarea filiației, precum și filiația între donatorul terț și copil.

În reproducerea medical asistată cu mame de substituție se admite că cine consimte a fi mamă de substituție nu poate obține nici un avantaj din această închiriere de organ, în care sens, nici un contract dintre ea și cuplu nu poate fi invocat în favoarea filiației, deși ea poate îngriji copilul după naștere. Astfel, consimțământul la reproducere medical asistată în interesul altuia este nul și neavenit iar copilul nu are dreptul de a-și cunoaște mama sau tatăl genetic (ca și în caz de adopție sau de incest).

Cu toate aceste reglementări, noi situații *de lege ferenda* se pot ivi așa cum ar fi rezolvarea filiației în caz de reproducere medical asistată cu gameții soțului după divorț, când soțul poate solicita un avort pentru a nu fi declarat tată fără voia lui iar mama poate invoca dreptul inalienabil de a decide asupra corpului său. Viața poate aduce și alte situații judiciare de acest gen.

Reproducerea medical asistată (RMA sau concepția asistată) are ca principiu nevoia ca donarea de gameți sau închirierea de organe să nu intre în conflict cu interesele cuplului și ale copilului. Decretat ca principiu fundamental de către Consiliul Europei, după care, nici o relație filială nu se poate stabili între donator sau mama de substituție și copil, acest principiu a fost încălcat și se poate

Scanned with OKEN Scanner

complica în condițiile tehnologiilor actuale de injectare a spermatozoizilor direct în ovul când după realizarea singamiei și alinierea cromozomilor din cei doi pronuclei (la 24 de ore) are loc transferul oului în trompă, Alice Kirkman find primul copil născut în 1988 prin acest procedeu. Între nevoia de înființare a unor Consilii privind tehnologiile reproductive cu rol de autorizare și riscul ca acei care au aplicat astfel de tehnologii să ia în custodie copiii născuți și implicați în litigii de cuplu, se simte nevoia unei legiferări *de lege ferenda*. În acest demers, experiența de drept comparat devine deosebit de utilă statelor ce încă nu au experiență practică judiciară în domeniu.

Faptul că un copil poate avea 3 mame (una genetică, alta gestațională și alta de îngrijire) și 3 tați (unul genetic, altul social și altul de creștere) a condus la necesitatea redefinirii maternității, care nu mai rezidă în actul de naștere, ca și a paternității, care poate fi, în prealabil, cu precizie cunoscută. Ca "invazie neconstituțională" în intimitatea cuplului, reproducerea medical asistată a fost considerată o violare a naturii, dar ea s-a impus ca un fapt socio-juridic cu aptitudinea de a suplea dorința de copii a cuplurilor sterile. Regulile paternității, pentru copiii născuți în afara căsătoriei au fost complicate excesiv prin atari procedee în care sens, statele mai avansate din lume au stabilit reguli legale sau jurisprudențiale utile legislației noastre viitoare.

În USA se consideră că mamele surogat au aceleași drepturi asupra copilului ca și cele donatoare, dar un contract prealabil devine obligatoriu în acest sens. Plecând de la un nou principiu al lui *mater est quam gestatio demonstrant*, unele jurisdicții americane au definit termenul de mamă ca fiind femeia care a fost însărcinată și a născut și care devine astfel mama copilului. În cazul Patricia Dickey din Maryland, necăsătorită și nulipară, ce a fost de acord a fi inseminată artificial și a dona apoi copilul cuplului Delware sau în cazul Elisabeth Kane care a născut copilul, dar părinții au renunțat apoi la drepturile lor, s-a admis paternitatea surogat (*surrogat parenting*) prin adopția copilului ce a devenit un *baby selling*, ori de câte ori acesta este născut din ovule și spermatozoizi cunoscuți, cum s-a statuat în Kentuky. În același timp Curtea din Michigan a sesizat mercantilismul privind creația relațiilor părinte-copil și impactul său asupra unității familiei, care constituie baza societății umane. În ceea ce privește reproducerea medical asistată prin transfer de embrioni, după ce doi soți au depus în bancă 7 embrioni în acest scop, au decedat într-un accident de avion. Dar soțul avea deja un copil dintr-o căsătorie anterioară și s-a pus atunci problema cine sunt meștenitorii acestor embrioni. În alte situații, unii tehnicieni au transferat embrionii unor femei sterile fără acordul lor sau al altor persoane și femeile în cauză au reclamat paternitatea lor genetică. De asemenea, în situația în care o țară depopulată ar importa embrioni congelați, ca de exemplu din țăile subdezvoltate în cele dezvoltate, și când minoritatea ar prolifera masiv în detrimentul majorității, apar probleme ce crează angoase opiniei publice și instanțelor judiciare.

Scanned with OKEN Scanner

În Anglia, Statutul copilului este prima problemă în atenția legiferărilor. În acest sens, statutul copilului ilegitim tinde a fi abolit în favoarea dreptului la ereditatea parentală. În situația în care tatăl concubin este donator, el nu poate fi considerat soț, ci doar donator.

În Suedia, anonimatul donatorului nu este obligatoriu.

În Olanda, donatorul poate fi tată dacă soțul nu a consimțit la fecundare artificială. În acest caz, copilul are dreptul la acțiune în cercetarea paternității. Reglementările olandeze prevalează în favoarea ideii "tradiționale de familie". Astfel, în situații de mamă surogat, când ovulul mamei este fecundat cu sperma soțului *in vitro*, mama este cea biologică, considerându-se că un contract bazat pe consimțământ dă dreptul părinților de a-şi controla destinul, deoarece dreptul trebuie întotdeauna engramat într-o matrice de valori. Opoziția la mama surogat se va baza pe faptul că aceasta frizează rasismul prin selecția caracterelor, chiar dacă mama surogat schimbă hormoni cu fătul.

În Australia se exclude mama surogat (*motherhood surrogate*) de la maternitate chiar prin prevedrile Comitetului național de infertilitate din 1984 care autoriza fertilizarea *in vitro*. În spitalele autorizate în acest scop, donarea de gameți nu se plătește, iar identitatea donatorilor se ține într-un registru național. Se plătesc doar cheltuielile tehnice.

În Canada, donatorii de spermatozoizi sau ovule nu pot stabili nici o relație legală cu viitorul copil, ei nu au dreptul de a-i fi părinți şi nici nu au datorii sau obligații fața de copil. Ereditatea copilului aparține părinților legal recunoscuți. Dacă prin donare se transmite o bolaă ereditară sau virusul HIV, răpunderea aparține tehnicianului care a efectuat reproducerea.

În Franța, Comitetul Național de Bioetică susține reglementările civile după care contractele se pot face doar cu lucruri ce pot fi subiect de drept comercial. Ca ființe, contractele nu pot avea decât scop filantropic, corpul fiind un *res extracommercium*. Aici scopul reproducerii medical asistate este acceptat ca o cale de remediere a infertilității, când copilul are interes de a se dezvolta într-o familie biparentală şi când autonomia individului este recunoscută dar, pentru interese legitime, nu poate fi absolută. Față de cele de mai sus, mama care naşte este mamă legal, dar mama surogat poate refuza materitatea, iar mama ce donează ovulul poate adopta copilul. Tatăl care a consmițit nu poate tăgădui paternitatea.

În Cehoslovacia, în 1982 se naşte primul copil prin acest procedeu şi s-a pus problma derogării de la capacitatea de a avea drepturi şi obligații stabilită prin naştere (*infans conceptus projam nato habetur quotiens de ejus jure quaeritur*). Inseminația artificială poate fi făcută azi din rațiuni de sănătate, cum ar fi infertilitatea soților, riscul unor boli ereditare, numai la femei sub 35 de ani, iar donatorul de gameți nu va avea peste 40 de ani. Dreptul de a alege donatorul nu revine părinților ci medicului. În absența unor prevederi legislative, în baza dreptului pozitiv, un tribunal va asigura respectarea drepturilor în acest spirit, pentru a evita *analogiam legis sau analogiam juris*. Maternitatea surogat nu este

Scanned with OKEN Scanner

admisă decât din motive altruiste şi cu precizarea prealabilă a statutului copilului. În acelaşi context se prevede interzicerea crioconservării embrionilor pentru implantare peste o perioadă de 5 ani. Filiația față de tată atestă că ea nu poate fi negată dacă copilul s-a născut între 180 şi 300 de zile după efectuarea fertilizării artficiale cu consimțământul soților. Prin acest consimțământ soțul devine tată. Deci el nu poate nega paternitatea copilului pentru că acesta s-a născut pe altă cale decât *per viam naturalem*. Dacă copilul s-a născut la peste 300 de zile de la moartea soțului, acesta nu mai poate fi prezumat a fi tată. Deci donarea de gameți este juridic irelevantă, donatorii neavând nici un drept şi nici o relație neputându-se stabili între ei şi copii (*nulum est privilegium ac onus donatoris ex fertilisationae artificiali oriens*), aceasta cu atât mai mult cu cât donatorii rămân anonimi.

Filiația fața de mamă este discutabilă deoarece asistăm la o disociere între *mater genetrix* de *mater gestatrix*, ceea ce face ca principiul *mater semper certa est* să nu mai fie valabil. După principiul *partus non ovum facit maternitatem*, mama care naşte şi a purtat copilul este mamă, în rest (a fi mamă ceea ce a dat ovulul) constituie o excepție. În acest caz, *mama genetrix* poate cere adopția copilului. În acelaşi sens, codul familiei bulgar din 1985 decretează ca mamă pe *mama gestratix* atunci când ovulul provine de la o altă femeie.

Atari soluții se înscriu pe linia Declarației drepturilor şi libertăților fundamentale ale omului elaborată de Consiliul Europei care protejează viața încă înainte de naştere, viața şi drepturile familiei, care protejează sarcina şi drepurile copilului.

În concluzie, *de lege ferenda*, reproducerea medical asistată trebuie admisă în scopul combaterii sterilităților definitive şi în scopul de a evita transmiterea unor afecțiuni genetice, după reguli precis stipulate, cum ar fi consimțământul ambilor părinți, cu garantarea maximă a interselor viitorului copil ce se va naşte, cu păstrarea confidenței donatorilor, cu interzicerea comercializării ovulelor crioconservate sau fecundate şi crioconservate şi cu interzicerea utilizării embrionilor donați.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XVIII

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Iresponsabilitatea drept cauză de înlăturare a vinovăției este consecința bolilor psihice (ce duc la abolirea discernământului), a minorității sub 14 ani, a unor deficite mintale grave când subiectul "nu şi-a dat seama de acțiunile sale şi de urmările lor". Fapta comisă trebuie să fie consecința unui act comisiv sau omisiv ce a perturbat "cumpăna minții" (Eminescu) cu pierderea discernământului ca element esențial al conştiinței morale şi consecutiv necesitatea măsurilor de siguranță.

Sub aspect procesual expertiza medico-legală devine obligatorie în omorul deosebit de grav şi ori de câte ori juristul are îndoieli asupra stării mintale a unei persoane în momentul comiterii actului (antecedente psihiatrice sau minori, la care lipsa discernământului constituie o prezumție juris et de jure). După lege expertiza se efectuează în unitățile medico-legale unde există spitale de psihiatrie, prin internare şi în comisie formată dintr-un medic legist şi doi psihiatri.

În raport de riscul nocivității comporatmentale al unui bolnav psihic se recomandă măsuri de protecție socială (măsuri de siguranță).

Comunitatea europeană, plecând de la dificultatea definirii bolii mintale în condițiile civilizației actuale, de la nevoia de a evita abuzurile în domeniu ca şi de a evita amenințarea tehnică asupra integrității psihice şi fizice a bolnavilor, recomandă ca anomaliile de comporatament privind morala şi legea să nu fie asimilabile bolilor mintale şi să se redefinească unele concepte fundamentale ca alienarea şi periculozitatea. Tribunale şi comisii independente vor analiza condițiile de internare, astfel ca bolnavul să aibă dreptul la avocat, să nu i se afecteeze capacitatea civilă, să se păstreze secretul documentației şi a cazurilor pentru a nu fi prejudiciate interesele lor. Internarea bolnavului va fi aprobată în primele 24 de ore de la internarea de urgență iar menținerea bolnavului în spital va fi analizată periodic de către comisii ale altor spitale decât acela unde bolnavul este internat. În caz de urgență privind internarea unui bolnav periculos pentru el şi pentru alții, decizia o ia medicul dar acesta cere imediat avizul organului

Scanned with OKEN Scanner

judiciar. În rest decizia de plasament spitalicesc o ia numai organul judiciar. Bolnavul va fi informat de decizie şi va avea dreptul la recurs (sau persoana ce-l asistă). Nu sunt permise aplicarea de tratamente neconsacrate, riscante sau de cercetări medicale pe atari bolnavi.

Psihiatria medico-legală se impune ca o ramură a psihiatriei sociale ce studiază comportamentul patologic şi deviant din diferite boli psihice şi evaluează consecutiv discernământul mintal (capacitatea de a-şi repreenta conţinutul şi consecinţele faptelor comise) pentru nevoi judiciare. Iresponsabilitatea penală constituie un progres al ştiinţelor medicale ce au demonstrat că boala mintală nu e o stăpânire a bolnavului de duhuri rele ci o boală a creierului prin care bolnavul devine alienat (înstrăinat de el, de psihicul său precum şi de mediul său de existenţă) şi faţă de care, cum spuneau pravilele noastre, "pedeapsa de a fi nebun îi este de ajuns".

Pentru a înţelege corect condiţiile şi conţinutul acestui tip de expertiză este util a rezuma câteva trăsături ale comportamentului uman.

Comportamentul uman este ierarhizat de la cel genetc, instinctiv, până la cel raţional, axiologic şi anticipativ (a se vedea integrarea comportamentului din lucrarea noastră Criminologie clinică şi relaţională, Ed. Symposion, 1996). Trăsăturile comportamentului uman sunt:

- evoluţia sa de la acte automatice şi reactive către acte reflectate şi anticipative (de la un comportament înăscut la altul câştigat);
- caracter homeostatic de adaptare echilibrată şi adecvată la normativitate. Una din caracteristicile esenţiale ale comportamentului uman o constituie adaptarea la norme prin libertatea de acţiune şi opţiune;
- comportamentul devine o sursă de informaţie despre nivelul de conştiinţa (mobil, motivaţie) din momentul comiterii actului imputabil.

În evoluţia sa comportamentul uman s-a socializat progresiv (de la socializarea primară la cea permanentă) astfel că devianţa comportamentală apare ca un defect de încorporare a normelor (legale, axiologice) în personalitate. Familia constituie primul mediu existenţial şi esenţial ce dirijează formarea comportamentului în raport de setul său de valori. Lipsa afecţiunii materne şi a modelului de comportament patern vor constitui matrici anomice micro-sociale în care comportamentul se poate dezvolta deviant. Copilul devine astfel un epifenomen comportamental al îmbinării psihicului cu socialul ce va determina predominanţa unor reacţii de reglare predominent biologice, psihologice şi sociale, adaptative sau nonadaptive a conduitei sale. De acest comportament moral iniţial (de sensibilitate morală) depinde destinul omului deoarece personalitatea omului va fi ceea ce cultura (tradiţii, obiceiuri, valori, modele) a făcut din individ. Unele fenomene ale civilizaţiei au segmentat relaţiile umane tradiţionale aducând creşterea situaţiilor de indiferenţă, blazare, conflictualitate, frustrare şi au transformat aceste relaţii în predominant utilitariste

Scanned with OKEN Scanner

mercantile), superficiale şi impersonale şi ca atare fără conţinut afectiv, fapt ce se manifestă în creşterea devianţei actuale.

Ştiinţa care se ocupă de studiul comportamentului deviant este criminologia care cu Lombrozo şi Lacassagne au făcut ca ştiinţa "să pună pentru totdeauna mâna pe criminal" şi să-l studieze adecvat (criminologia clinică astăzi domină criminologia). Lombrozo a considerat atari oameni ce vin în impact cu normativitatea ca fiind rămaşi în urma evoluţiei (astăzi zicem că ei şi-au pierdut capacitatea de a-şi asuma răspunderi şi a-şi face viaţa activă, de a căpăta independenţa interioară a propriului self şi de a simţi spontan pe celălalt prin iubirea pe care natura a dat-o omului ca şi prin lipsa aspiraţiilor de dăruire), oameni cu elanuri criminale, jumătate nepuntincioşi, jumătate nebuni (bestia umană a lui E. Zola de la Lombrozo a fost preluată) fapt ce a făcut însă pe Lacassagne să afirme că "microbul nu se dezvoltă dacă nu are un mediu adecvat" introducând astfel şi studiul mediului de dezvoltare sau de existenţă în geneza crimei. Chiar dacă teoria lui Lombrozo a strălucit ca fulgerul şi a intrat apoi în întuneric, ea a dat criminologiei impulsul decisiv al studiului criminalului. Deşi pentru el crima era o rămăşiţă a unei ereditâţi patologice (teoria criminalului înăscut) astăzi ştim bine că mediul este cel ce favorizează exprimarea eredităţii în comportament ("ereditatea dă doar foaia de drum dar mediul decide cum fiecare ajunge la destinaţie). Sub o formă ştiinţifică, teoria rolului factorului biologic în comportament (de la Platon la Dostoevschi) este argumentată astăzi de concepţia lui Di Tulio, Pinatel şi Hirschi. În acest context etologia relevă faptul că agresivitatea este un instinct moştenit, sublimat de om prin creaţie, luptă pentru performanţe şi competiţie dar care poate deveni patologică (agresivitatea filogenetică ce ţine de structurile paleocerebrale a omului prin care instinctul agresiv oferă o adaptare grosieră de atac sau fugă, agresivitate ontogenetică la om la care contruibuie lipsa de sublimare a instinctului agresiv şi învăţată şi agresivitatea octogenetică de trecere la act), astfel că astăzi rolul dintre ereditate şi deviantă este bine precizat ştiinţific, ereditatea fiind o potenţialitate biologică necesară dezvoltării şi nu un blestem genetic (a propos de discuţia în jurul cromozomului crimei XYY).

În cadrul teoriilor ecologice (mezologice) privind devianţa se invocă rolul frustraţiilor în declanşarea agresivităţii, a ageneziei sentimentelor de culpă, a rolului factorilor culturali ca şi a teoriei constructelor, a imitaţiei şi etichetării, a mediului şi personalităţii anomice, a controlului social, a urbanizării şi mass mediei etc. astfel încât astăzi cea mai admisă teorie este acea privind conceptul trinomic al devianţei ca implicând sumarea acţiunii factorilor de mediu (de dezvoltare şi existenţă) cu structura de personalitate anomică (insensibilă, egofilă şi impulsivă) şi cu factorii situaţionali de trecere la acte. Mai mult Freud, a arătat că omul are un eu primar (inconştientul sau sinele care extrage energia umană din biologic, un preconştient - eu secundar, eul, ce adaptează această energie la

Scanned with OKEN Scanner

realitate - şi un conştient - eul terţiar - supraeul ce cenzurează cu rol de frâne morale actele instinctive). (a se vedea Criminologia clinică de Gh. Scripcaru şi T. Pyrozynski, mai sus recomandată).

La om deci adaptarea filogenetică (instinctivă) este depăşită de adaptarea ontogenetică (inteligentă şi raţională) din care rezultă supleţea adaptării la mediul în modificare continuă şi ca atare anticiparea consecinţelor comportamentului propriu. Astfel omul capătă libertatea de alegere a conduitei proprii (liberul arbitru) dar aceasta nu exclude, mai ales în situaţii deviante şi patologice, căutarea determinismelor actelor de devianţă. Toate acestea confirmă o afirmaţie etologică după care, cu cât o civilizaţie este mai stabilă prin tradiţii, obiceiuri şi cunoaştere interumană, cu atât cadrul conflictelor micro şi macrosociale generatoare de conflict, e mai strâmt şi invers, când o comunitate supraurbanizată nu poate ţine în frâu conflictul esenţial dintre instinctele de satisfacere oarbă şi mediul social prohibitiv. Deoarece conflictele intra şi intersubiective se nasc din copilărie (lipsa de a fi iubit naşte ura şi ostilitatea refulate), contradicţiile esenţiale ale civilizaţiei nu pot fi stăpânite şi se prelungesc în ignorarea regulilor morale şi în înstrăinarea omului de eul propriu, fapt ce poate fi o sursă de devianţă. În acest sens şi excesul de socializare şi dirijare a comportamentului duce la ipocrizie şi duplicitate şi generează devianţa (ca în societăţile totalitare) ce devine astfel expresia unui eşec de racordare a realităţii interne la cea normativ externă.

Psihiatria medico-legală se ocupă de orice tip de devianţă ce apare în activitatea organelor judiciare, deşi aceasta nu intră în noţiunea de iresponsabilitate penală. Din totalitatea devianţelor se detaşează însă comportamentul alienat (înstrăinat de propriul psihic şi de mediul său de existenţă) unde discernământul este abolit şi astfel se încadrează în noţiunea de iresponsabilitate. Dar această alienare nu depăşeşte 15-18% din cazuri.

Cunoaşterea psihiatriei legale de către jurist, pentru care insistă însăşi juriştii, are importanţă practică din trei puncte de vedere:

- inadaptarea socială a bolnavului alienat constituie simptomul major de îmbolnăvire psihică. Înainte dea fi retras şi adinamic, un astfel de bolnav poate deveni periculos printr-un raptus agresiv homicidar;
- multiple fapte antisociale pot constitui debutul unor boli psihice grave care până atunci lăsau impresia unui comportament adaptat;
- simptomatologia faptelor de comportament aberant (omor, furt, incendiu etc.) devine tipică pentru felul îmbolnăvirii psihice, în sensul că din modul de comitere al faptului se poate deduce tipul de boală mintală ca find epilepsia, schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă etc. Comportamentul antisocial (bolnavul mintal fiind iresponsabil nu face infracţiuni ci acte antisociale) devine patognomonic unui tip de boală mintală, altfel spus, actul comis devine un simptom de boală mintală (ca în literatura anglo-americană) ceea ce duce la disculparea bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

Problemele expertizei medico-legale psihiatrice includ:

1. Diagnosticul de boală mintală sau de lipsă a bolii mintale la data examinării, diagnostic ce obligă la cunoaşterea modului de comitere a faptei (organul judiciar, la cerere, e obligat a pune dosarul la dispoziţia comisiei) ce se va corela cu observarea şi studierea comportamentului clinic al bolnavului şi va fi completat de investigaţiile necesare. Diagnosticul rezultă din contribuţia tuturor explorărilor efectuate în care deseori prevalează starea clinică (de exemplu e posibil ca un bolnav epileptic, psihotic, să nu aibă grafoelemente comiţiale la examenul electroencefalografic al creierului dar starea sa psihotică să întrunească noţiunea de alienare mintală).
2. Evaluarea discernământului în raport de fapta imputabilă. În ţările anglo-saxone discernământul este considerat cu precădere un element intelectiv al comportamentului prin aptitudinea de a deosebi binele de rău (regula McNaghten) şi apoi a incapacităţii de a stăpâni pulsiunile (regula Durham). Discernământul constituie o sinteză a funcţiilor psihice cognitive (de cunoaştere), afective şi volitive ce implică percepţii şi reprezentări normale, gândire logică şi anticipare, pe baza lor, a conţinutului şi consecinţelor faptelor proprii de comportament.
3. Discernământul devine astfel un marker al stării psihice într-o situaţie dată. Dar între discernământ şi faptă nu poate fi neglijat, cu valoare de condiţie, rolul situaţiei, al victimei, al experienţei de viaţă, al unor factori inductori, al frustraţiilor şi alcoolismului etc.

În mod normal, responsabilitatea omului este, în realitate, "faţa spre lume a discernământului" pentru că omul, cât trăieşte, permanent discerne între bine şi rău, licit şi ilicit, legal şi ilegal etc. În copilărie se instituie germenul ideii de discernământ (începutul conştiinţei morale sau protodiscernământul) sub influenţa atitudinii părinţilor şi apoi el se structurează pe tot parcursul vieţii, în mod succesiv, trecând de la aceste nivele de conştiinţă elementară (de distingere a binelui de rău) la nivele superioare de conştiinţă logică şi axiologică. Se descriu discernământului mai multe grade de la logic (deosebirea adevărului de fals) la cel axiologic (deosebirea a ce e cauzal de ce este aleator), deontologic (deosebirea binelului de rău), teleologic (a deosebirii scopului de mijloace) şi juridic (a deosebirii a ceea ce este drept de ceea ce este nedrept). Indivizii potrămâne deoseri tributari unor anumite grade de discernământ.

Pierderea capacităţii de a discerne se numeşte discernopatie (boală a discernământului) care relevă pierderea capacitătii de percepere corectă a lumii externe (ce se evocă prin halucinaţii), a capacităţii de a reflecta adecvat (reprezentări patologice), a capacităţii de a judeca logic o situaţie (exemplu în stările delirante), a capacităţii de a învăţa din experienţa proprie trecută de a preveni şi anticipa o situatie nocivă de viaţă.

Din acestea rezultă că:

Scanned with OKEN Scanner

În expertizele psihiatrico-legale de analiză şi evaluare a discernământului faţă de o faptă imputabilă ne putem afla în una din trei ipostaze:

- discernământ păstrat ca în situaţia absenţei bolilor psihice;
- discernământ diminuat în situaţia unor stări de limită între normal şi patologic (stări de border line). Atari stări se caracterizează printr-o disociere între funcţiile de cunoaştere, de regulă normale sau supradotate şi funcţiile afective caracterizate prin inafectivitate. Un discernământ diminuat nu înseamnă excluderea discernământului faţă de fapta imputabilă dar afirmarea sa va ajuta la modularea sancţiunii între cele două limite legale (precizează practica judiciară);
- discernământ abolit ca în stările de alienare (înstrăinare) mintală cum ar fi psihozele ce implică tulburări psihice în toate cele trei compartimente de viaţă psihică (cunoaştere, afectivitate şi voinţă) şi în care fapta antisocială va apare ca un simptom de boală mintală (faptă motivată halucinator, delirant, printr-o compulsiune patologică etc.).

4. În situaţia abolirii discernământului se propun măsuri de protecţie a comportamentului nociv (măsuri de siguranţă) şi măsuri medico-pedagogice adecvate pentru minorii în derivă. Ca regulă generală trebuie atras atenţia că cu cât un comportament antisocial apare mai incoercibil, mai cronic, mai habitual, cu atât riscul de a aparţine unui bolnav psihic este mai mare, de unde nevoia de a solicita expertiza psihiatrico-legală.

Tipuri de îmbolnăviri mintale şi evaluarea discernământului faţă de comportamentul caracteristic lor.

Oligofrenia nu este atât o boală cât o insuficienţă a funcţiilor psihice (oligo = puţin, frenie = minte) caracterizată printr-un deficit al funcţiilor cognitive (de cunoaştere) mai ales în situaţii insolite de viaţă, imaturitate afectivă cu reacţii grosiere la frustraţii şi sugestibilitate marcată care transformă subiectul deseori într-un robot ce execută actele sugestionate sau induse de terţe persoane. Deseori ei recunosc fapte pe care nu le-au comis din dorinţa de a scăpa de chinul întrebărilor. Datorită acestei sugestibilităţi ei se aglutinează deseori în grupuri (bande) de minori în care cel mai superior mintal este lider, iar ceilalţi execută.

Oligofreniile pot fi armonice (relativ adaptate la un mediu stabil de viaţă) şi disarmonice (cu comportament antisocial incoercibil). După o clasificare psihiatrică ele sunt de tipul idioţiei (ce nu ating decât nivelul unei dezvoltări de 3-4 ani), imbecilităţii (a unui nivel de 6-7 ani) şi debilităţii mintale de diferite grade la rândul său (gravă, medie, uşoară) până la debilităţile superioare de tipul celor culturale sau a infantilismului. Oligofrenii fac acte de prostituţie, perversiuni, mai ales ca elemente pasive, furturi de necesitate (vagabondajul aduce nevoia de hrană procurată prin furt) şi diferite acte antisociale sugestionate (când oligofrenul nu are capacitatea de a discerne ce e bine sau rău într-o sugestie) ca şi de inadaptare în faţa unor situaţii insolite de mediu (trecerea de la un mediu pastoral la altul urban îl decompensează comportamental), după constatarea: "aşa

Scanned with OKEN Scanner

e soarta boului / viţel adult să stea / la poarta noului / puţin mai mult". Discernământul se evaluează funcţie de gradul deficitului psihic, de la cel abolit până la păstrarea sa (ori de câte ori nu atinge nivelul de dezvoltare al unei vârste de 14 ani, vârsta legală a discernământului, discernământul va fi abolit).

Epilepsia este o boală psihică manifestată prin pierderi de cunoştinţă de tip grand mal (cu cădere şi amnezie), apoi de pierderi de cunoştinţă fără cădere (absente şi echivalente psihice asociate cu confuzie mintală, amnezie şi păstrare a automatismelor) şi consecutiv crizelor repetate cu modificarea psihicului bolnavului sub formă de caracteriopatie şi psihoză epileptică.

De interes psihiatrico-legal sunt:

- epilepsia temporală manifestată printr-o încărcătură mare de agresivitate, mai ales la frustrări afective, cu amnezia faptului comis şi cu păstrarea automatismelor (cea a mersului). În astfel de automatisme ambulatorii cu obnubilarea sau cu starea crepusculară a conştiinţei, ca şi în stările psihotice, bolnavii pot face acte de fugă (exemplu, din post), furt sau omor patologic cu amnezia faptului comis, faţă de orice persoană ce îi iese în cale, în faţa halucinaţiei sale imperative (ce îi ordonă) şi cu agresiune feroce (epilepticul "omoară un cadavru", fără premeditare sau remuşcare şi deseori, datorită stazei sale mintale, reţinând mult timp în memorie faptul că a fost insultat când se răzbună pe victimă după mult timp) (Fig. 57).

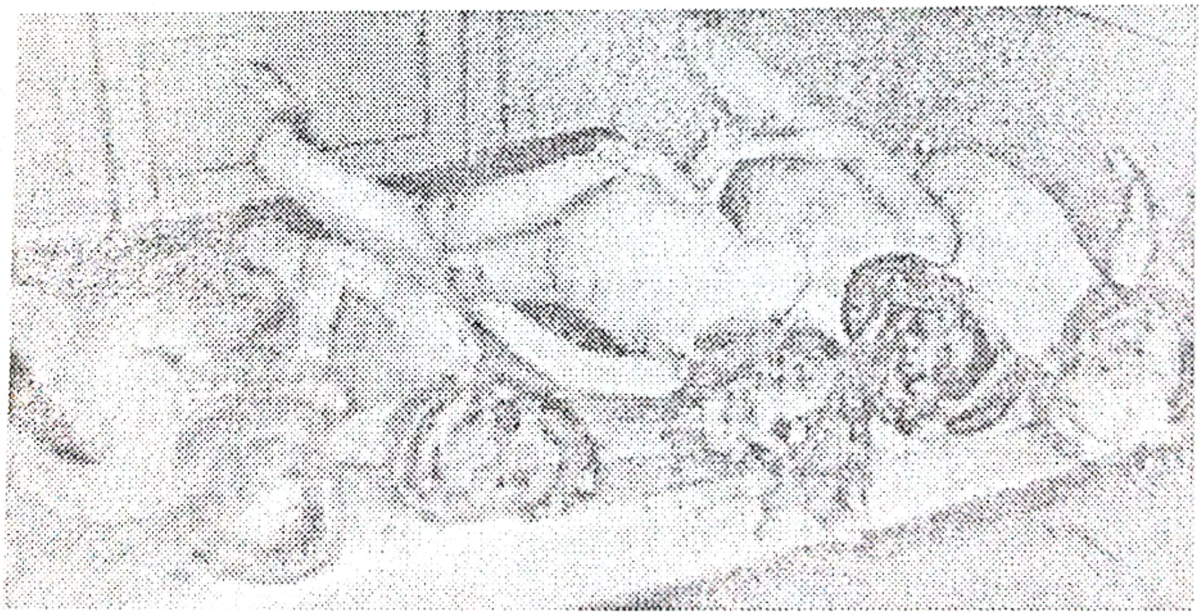

Fig. 57. *Infanticid epileptic multiplu de tip halucinator*

Deseori exprimarea prealabilă a unei răzbunări nu inculpă bolnavul cât timp actul se execută apoi în plină confuzie mintală. În acelaşi mod se face şi un furt epileptic: la vedere, având bani asupra sa, furând un obiect inutil, etc. consecutiv crizei epileptice ce apare în momentul intenţiei de a cumpăra un bun

Scanned with OKEN Scanner

şi când primii ce iau contact cu persoana o descriu ca fiind buimacă (confuză mintal). În anchetă, golul de memorie produs ca o consecința a confuziei mintale tinde a fi umplut de bolnav cu ceea ce i se sugerează prin anchetă, de aceea o astfel de recunoaştere patologică trebuie luată cu mare cautiune. Într-o formă aparte de echivalență epileptică (echivalentă deci crizei de grand mal) sau de absență epileptică numită ictus limbic (leziunea fiind la acest nivel al creierului) bolnavul face crize de furie violentă episodică cu raptus-uri agresive homicidare, de violență sexuală etc. leziunea la acest nivel fiind un fidel marker de impulsivitate patologică.

Caracteriopatia epileptică este o modificare a caracterului bolnavului (față de temperament), obținut prin instrucție şi educație sub influența crizelor repetate, caracteriopatie manifestată printr-o bipolaritate simptomatică între stări diametral opuse: bolnavul este docil, vâscos, lent în exprimare, gata să se umilească pentru a obține ceva şi în caz de refuz gata să treacă la ostilitate explozivă.

Psihoza epileptică este o alienare totală a psihicului, bolnavul apărând împăstat în limbaj, bradilalic, aderent de o idee halucinatorie care îi ordonă să facă ceva (halucinație imperativă) sau trăind stări de delir, mai ales mistic, ca adevărate judecăți paralogice sistematizate. El face deseori acte antisociale grave cu motivație halucinatorie, cu ferocitate, lipsite de remuşcări şi frecvent nepremeditate, deci asupra oricărei persoane ce se află în preajma sa când face starea halucinatorie. Victimologic este de reținut conduita față de un atare bolnav, căci altfel, gluma pe seama lui, iritarea etc., îl determină la acte agresive de apărare.

Epilepsia, datorită multiplicării factorilor de risc de lezare cerebrală, este astăzi din ce în ce mai frecventă şi chiar sub tratament, bolnavul epileptic, datorită stazei mintale, oricând poate deveni răzbunător, de unde afirmația clasică după care: "un epileptic blând este mai periculos decât un maniac furios şi că epilepticul se află oricând în pragul unui act antisocial".

Alcoolismul se cuplează cu delicvența în 60-70% cazuri, de aceea alcoolismul acut (beția obişnuită) nu disculpă persoana atât timp cât acesta are capacitatea de a prevedea că la beție, de exemplu îşi pierde controlul psihic. De aceea, în toate legislațiile, odată cu alcoolul, subiectul nu înghite şi circumstanțele atenuante ale faptelor sale. În stări de ebrietate, prin abolirea cenzurii corticale conştiente, se eliberează structurile subcorticale şi instinctele adăpostite şi refulate aici şi care devine astfel faza incidentelor antisociale (faza medico-legală a comportamentului ebrios).

Alcoolismul cronic ridică însă problema de evaluare a discernământului pentru că plecând de la stările conflictuale zilnice pe care bolnavul tinde a le rezilia seral cu alcool (care are această proprietate de a produce un fel de amnezie fără pierderea conştiinței, situație asemănătoare vechilor palimpseste

Scanned with OKEN Scanner

când după ce ştergeai ceea ce s-a supradăugat rămânea apoi tabloul real, motiv pentru care şi poetul a spus: "la fel în sufletu-mi paragini / de rătăciri pălesc şi pier / şi - apar întâile imagini / curate ca un giuvaer"), care devine un anxiolitic ce amputează consecinţele neplăcute ale faptelor negative trăite în cursul zilei. Într-o primă fază persoana consumă alcool seral, pentru a uita, dar cu timpul se instalează incapacitatea de abţinere de la alcool prin anularea frânelor conştiente şi distrugerea sistemelor corticale de feed - back, când subiectul va disimula consumul şi va trece astfel în faza crucială a consumului matinal de alcool, pentru a preveni consecinţele neplăcute ale faptelor ce vor apare în cursul zilei. Bolnavul se degadează psihic în mod progresiv, deoarece alcoolul "dizolvă în el", la început, cele mai fine trăsături de personalitate a subiectului (generozitatea, tandreţea, altruismul etc.) până ce bolnavul rămâne a trăi doar pe seama instinctelor sale (degradare psihică de sus în jos). În aceste situaţii bolnavul îşi pierde slujba, este părăsit de familie, devine indecent, fură pentru a-şi procura alcool, toate acestea relevând faptul că la origine, alcoolismul cronic este o maladie a unei personalităţi fragile şi incapabile de a rezolva conflictele de viaţă altfel decât prin alcool. Discernământul se evaluează funcţie de gradul degradării funcţiilor psihice prin alcool.

Beţia patologică este o stare de confuzie mintală generată de consumul unei cantităţi reduse de alcool, cu păstrarea automatismelor, cu comiterea unor fapte rupte de personalitatea anterioară a bolnavului şi care apare la persoane neobişnuite cu alcoolul, care au diferite leziuni cerebrale sau rezecţii gastrice ce permit o absorbţie brutală a alcoolului sau după unele medicamente cu producerea acestei confuzii, prin care se pot face furturi patologice, loviri etc. (la vedere, fără precauţii, de obiecte inutile, cu bani asupra sa, cu dificultăţi a explicării gestului şi cu umplerea găurilor de memorie prin fapte imaginare).

Psihoza alcoolică este o tulburare psihică gravă asociată cu confuzii mintale, onirisme, halucinaţii şi deliruri de gelozie (adevărată paranoe conjugală) prin care bolnavul devie, cum spunea Shakespeare, un monstru născut din sine însuşi şi care face fapte grave, mai ales de omor patologic motivate de gelozie patologică (gelozia patologică, sindromul Othelo, devine un epifenomen al scăderii potenţei sexuale produs de consumul abuziv de alcool care "dezlănţuie dorinţa dar înlătura putinţa" (Macbeth).

Psihozele maniaco-depresive (sau afective) au două forme şi anume:

⇒ Mania ca o psihoză caracterizată prin fugă de idei şi consecutiv trecere rapidă la act, fără pregătirea actelor de violenţă, care, din acest motiv sunt minore, deseori cu debut medico-legal, cu false recunoaşteri şi false acuzări şi nu rareori cu dezinhibiţii instinctuale jenante şi comiterea unor acte de viol de către persoane neavizate asupra unor femei cu astfel de dezinhibiţii delirante şi care apoi se va încerca a fi considerate consecinţe ale violului şi nu debuturi de melancolie delirantă. La limita cu mania se află o stare de limită

Scanned with OKEN Scanner

cu normalitatea numită hipomanie (euforie patologică) şi în care se pot comite acte antisociale dar care, faţă de manie se păstrează discernământul. Hipomaniacul, spunea Eminescu, face mai multe nerozii dar nu atât de grave ca depresivul (ce ajunge să se şi sinucidă).

⇒ Melancolia este o psihoză gravă în care persoana se izolează, refuză hrana, are sentimente de culpă patologică (se simte vinovat de tot răul din lume), are deci idei delirante de vinovăţie şi nu rareori ieşirea din această suferinţă este sinuciderea. Ceea ce este grav în melancolie este faptul că bolnavul disimulează (ascunde) trăirile sale pentru a putea realiza actul de omor altruist (asupra celor apropiaţi asupra cărora proiectează trăirile sale negative şi pe care îi consideră suferind de asemenea), după care expiază boală prin acest act autolitic. Acest mersy killing psihotic (de omor din milă) este deci urmat de suicid, melancolia fiind psihoza suicidară prin excelenţă. Nu rareori bolnavul se autodenunţă pentru fapte imaginare sau pe care nu le-a comis (autodenunţ patologic). Forme aparte de melancolie sunt cele puerperale (ce dubutează după naştere) sau reactive (ce debutează după un stres puternic, după o implicaţie judiciară sau în timpul detenţiei).

Depresia este ca şi hipomania o stare limitrofă cu normalitatea ce apare după evenimente curente de viaţă percepute ca "o gaură în eu sau ca un lapsus existenţial" şi care, la personalităti fragile, ce nu fac faţă eşecurilor existenţiale, duc la o prăbuşire afectivă urmată de tentative de suicid sau chiar acte de suicid (6 tentative pentru un suicid realizat, de unde funcţia de apel, de strigăt de ajutor a tentativei). Prin scăderea încrederii în sine, prin incapacitatea de a simţi plăcerile vieţii, depresivul pierde interesul pentru viaţă, îşi asumă idei de culpabilitate şi devalorizare, mai ales matinal, când conştiinţa devine mai clară şi deseori expiază actul printr-o tentativă de suicid.

Pentru mulţi autori suicidul este un act patologic deşi persoana nu are tulburări de intensitate psihotică ci doar de tip depresiv, deoarece, deseori frapează discordanţa dintre motivele de suicid (banale) şi actul comis cu hotărâre (fără a lăsa şansa eşecului) şi pentru că între viaţă şi moarte nu este de ales cât timp moartea este inevitabilă. De aceea pentru aceşti autori, dialogul cu moartea începe totdeauna pe un plan irațional, Frapează sinuciderea copilului, care de regulă, are o tanatofobie şi nu are conştiinţa ireversibilităţii gestului (explicat astfel prin carenţe afective, eşecuri şcolare, frică de pedeapsă sau ca reacţii de opoziţie faţă de diferite frustrări) ca şi suicidul bătrânului (motivat de boli incurabile, solitudine) sau suicidul colectiv în care intervine inducţia reciprocă (sindrom Werther). Există apoi un suicid psihotic, halucinator, confuzional, pasional sau automatic, (Fig. 58) dar care nu se va confunda cu suicidul - devianţă din stările anomice, suicidul de şantaj etc. Motivaţia actelor suicidare rezidă la bărbaţi, mai frecvent, în conflicte sociale iar la femei în conflicte erotice.

Scanned with OKEN Scanner

Suicidul este o absență a celorlalți și un strigăt de ajutor ce trebuie să găsească pe cineva disponibil afectiv la un dialog pentru a face criza de preocupare suicidară să treacă. Răspunderea medicului în suicid se poate angaja pentru neprevederea riscului de suicid, nesupravegherea bolnavului, lipsa de tratament a tentativei sau lipsa de informare a familiei despre un astfel de risc.

Schizofrenia este o boală psihică gravă caracterizată printr-o totală discordanță dintre lumea internă și lumea externă (de unde și numele de sindrom discordand, schizos însemnând o fragmentare a vieții psihice caracterizată prin 6 A = abulie, autism, anomalii afective, ambivalentă psihică, anhedonie, apragmatism. Se adaugă stările delirante (schizofrenia paranoidă) proiectate de regulă asupra celor apropiați și disimulate, catatonia, inversiunea afectivă (bolnavul urăște ceea ce toată lumea iubește).

Fig. 58. *Suicid schizofrenic halucinator prin autolovire cu un obiect despicător*

Hebefrenia e forma de schizofrenie ce apare la tinerețe, prin restrângerea contactelor afective, prin pierderea interesului pentru lucrurile utile, crize de originalitate juvenilă, sentimente paradoxale sau indiferente, după care urmează ambivalența și autismul.

Scanned with OKEN Scanner

Există apoi stări de schizofren-like cu anhedonie solitară şi stări discordante prevalente între trăirile interne şi manifestările externe, între realitatea halucinaţiilor şi disimularea lor, între brutalitatea faptelor şi răceala afectivă, între anxietate şi indiferenţă pozată etc.

În faza medico-legală a bolii se produc violenţe nejustificate (schizofrenul este un bolnav în ostilitate permanentă, cu exprimarea unor pulsiuni (porniri neinstinctive) nestăpânite, cu motivarea delirantă a actelor(exemplu omor datorită delirului de intoxicare etc.) şi deseori cu disimularea delirului până la realizarea actului care dă bolnavului starea de mulţumire patologică de a fi scăpat de autorul delirului său. Toate efectuate cu răceală afectivă totală (sesizată de Eminescu în Curierul de Iaşi din 1877 privind moartea lui Cuzminski).

Omorul schizofrenului se caracterizează prin motivaţii delirant - halucinatorii, prin faptul că priveşte persoane apropiate asupra cărora proiectează stările sale delirante (uxoricid, matricid, patricid), este făcut cu răceală afectivă şi fără remuşcări, nu-şi ascunde fapta şi deseori este găsit râzând satisfăcut lângă cadavru.

Parafrenia este o boală psihică cu un delir predominant imaginativ aşa cum este erotomania ce evoluează în 3 faze: la început speranţa de a fi iubit pentru care se fac demersuri insistente, apoi speranţa lasă loc ideii că trebuie să fie iubit (pentru că de exemplu copilul este al persoanei iubite) şi în final, dacă nu obţine răspunsul dorit, declanşarea urii şi agresivităţii împotriva obiectului unei iubiri patologice.

O formă aparte de parafrenie este şi delirul indus, între mai multe persoane, între care unul are o superioritate patologic-mintală asupra celorlalţi, duc un trai comun şi există şi un germen de adevăr al delirului indus.

Paranoia este "o îmbolnăvire prin sine însuşi" (Shakespeare), ori de cât ori, plecând de la un germen de adevăr al unui fapt, o personalitate paranoică ajunge la delir. Un asfel de bolnav, neputând manipula un lucru, manipulează reprezentarea sa.

Personalitatea paranoică presupune:

- o obtuzie intelectuală cu psihorigiditate în gândire;
- o stare de orgoliu cu o supraestimare şi supraevaluare a eului (a se preamări prin laudă nu prin faptă, spune Shakespeare, ceea ce s-ar traduce azi prin personalitate histrionică, înclinată spre atitudini de teatralizare datorită unei afectivităţi labile;
- neîncredere, suspiciune, bănuială şi ostilitate permanentă.

Bolnavul paranoic poate face false acuzaţii, poate omorâ dacă nu i se face dreptate, o formă frecventă de paranoia constând în delirul persecutat - persecutator în care bolnavul la început este cverulent, procesoman, reclamă fel de fel de nedreptăti mai mult sau mai puţin îmbogăţite de imaginaţie, până devine un campion al unei idei abstracte de justiţie, deoarece nimeni nu îi dă dreptate.

Scanned with OKEN Scanner

Un astfel de omor paranoic este deci interpretativ, datorită unor deliruri cronice sistematizate, ce exprimă nişte convingeri absolute dar de la deducţii false (delir de avort, de colorare a trecerilor de pietoni, de irigaţii, de supravieţuire după moarte, de înhumare în stare de viaţă etc. ca tematici de delir luate din lumea reală).

Bovarismul este o tendinţă ce ajunge delirantă în identificarea cu ceva ireal, de idealizare ori de concepere a propriei persoane altfel decât este în realitate. Este consecinţa unei imaginaţii utopice, înclinată spre reverie ca o marfă ce-şi pierde strălucirea prin neîntrebuinţare (Shakespeare).

Cleptomania este o lipsă de rezistenţă faţă de o pulsiune care chiar conştientă fiind, provoacă şi îndeamnă la obţinerea plăcerii dintr-un act de furt nepreparat, de obiecte neutile şi de regulă de aceleaşi obiecte (un astfel de colecţionarism se întâlneşte la bolnavii epileptici).

Psihopatia este o stare de tulburare a personalităţii (personalitate dezarmonică) caracterizată prin păstrarea funcţiilor de cunoaştere în contrast cu agenezia sentimentelor moral-sociale. Psihopatia este o stare de limită cu normalitatea (o stare de border line) consecutivă lipsei engramării valorilor moral-sociale în personalitate care devine astfel o personalitate anomică sau o sociopatie. Această tulburare a fost denumită de Prichard nebunie morală iar de Lombrozo delicvenţă morală, deoarece caracteristica sa esenţială este lipsa sentimentelor morale (inafectivitatea şi insensibilitatea), pe lângă impulsivitate, absenţa sentimentelor de culpă şi de empatie, egofilie, narcisism şi psihoplasticitate (Fig. 59), cu lipsa toleranţei la frustrări, prin faptul că cunoaşte legea dar nu o recunoaşte, cu înclinaţia spre hedonism sexual (sexopatie) şi a reiterării infracţiunilor până la întrunirea noţiunii criminologice de infractor din obicei.

Scanned with OKEN Scanner

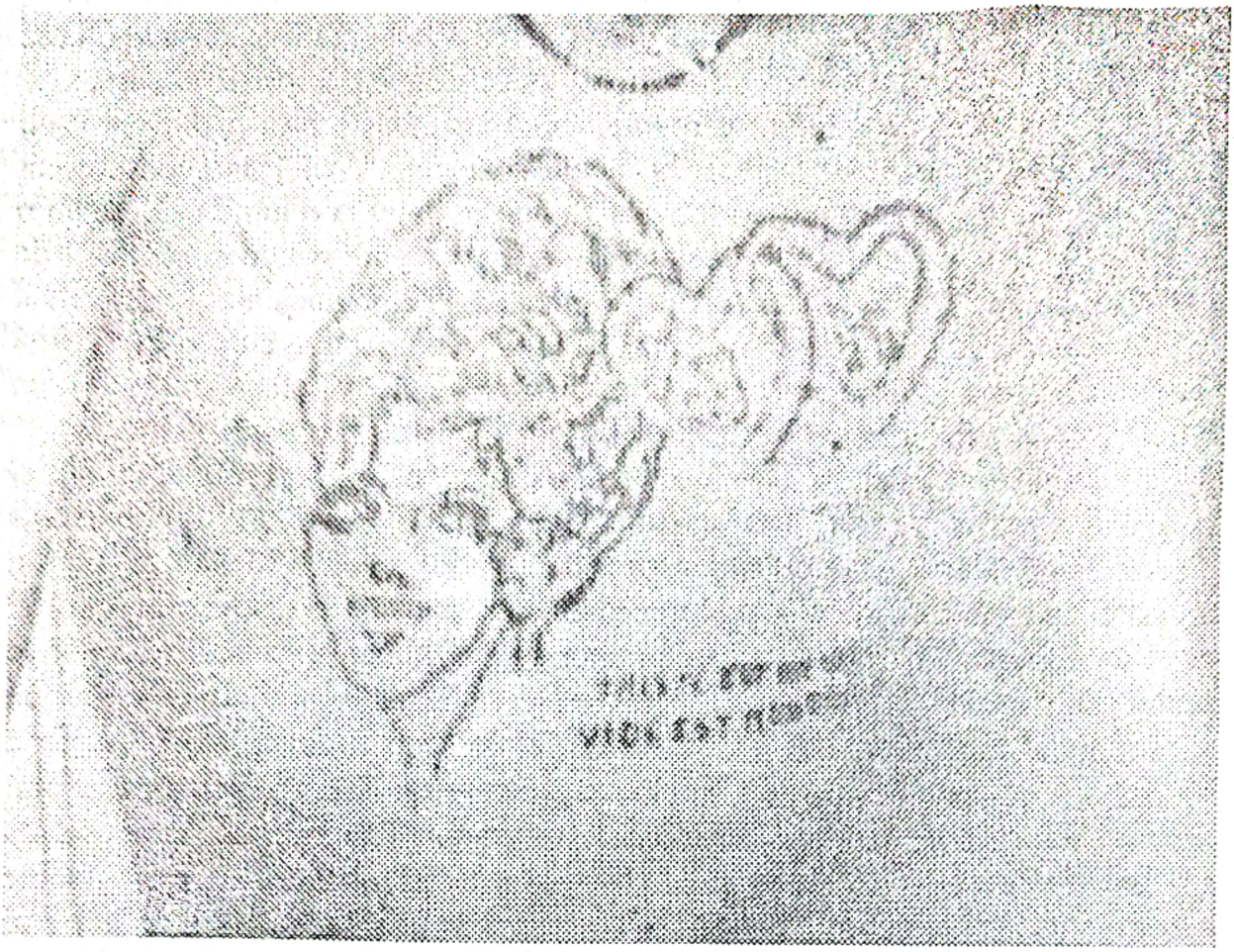

Fig. 59. *Psihoplasticitate psihopatică manifestată prin tatuaje*

Studiile de follow-up relevă la originea dizarminiei de personalitate un deficit de socializare (de engramare a valorilor în personalitate) prin carență afectivă şi abuz de autoritate, cu modele parentale violente care, în 80% se moştenesc cultural din timpul socializării primare până la vârsta adultă când subiectul evocă o personalitate asocială.

Afectul patologic constituie o stare afectivă de nestăpânit care poate obnubila conştiința şi duce la o crimă pasională. Shakespeare apunea că iubirea-i o tortură înăbuşită, un val clocotitor de mare adâncă.

Afectul patologic apare pe o stare emoțională, declanşată de un eveniment şi care produce o stare psihogenă crepusculară cu scurtcircuitare a conştiinței. Ca stare reactivă excepțională ea este în realitate o dereglare psihogenă a conştiinței care trece prin trei faze:

- de sensibilizare cu acumularea de tensiuni, conflicte, infidelitate etc. manifestată prin depresie, încordare emoțională şi disperare;
- o fază de dereglare a conştiinței cu panică, amnezie şi hipomnezie;
- o fază de remuşcare cu buimăceală psihică, indiferență şi amnezie persistentă.

Scanned with OKEN Scanner

Justinian a considerat afectul patologic ca o nebunie iresponsabilă, ceea ce şi astăzi, în cazuri bine analizate, ar trebui să constituie o afirmare expertală.

Devianţa şi delicvenţa infantilo-juvenilă recunoaşte factori biogeni (boli cerebrale ale copilăriei) dar îndeosebi factori sociogeni. Astfel un copil crescut într-o familie dezorganizată şi abrutizată va deveni imun la o lume pe care nu o va înţelege. În lipsa matricei parentale naturale (dragoste maternă şi model de autoritate paternă) un astfel decopil nu va fi în stare a comunica atât cu universul său interior cât şi cu cel exterior. Apoi, fără contacte afective cu lumea externă (dacă nu a simţit căldura afectivă asupra lui nu va reuşi să ofere afecţiune), un astfel de copil nu va reuşi să-şi construiască spaţiul psihic propriu.

De aceea legăturile cu obiectul primordial (părinţii) vor fi de iubire şi cunoaştere sau de ură în lipsa sentimentului de a fi fost iubit şi care aduce disprețul față de sine, care orientat apoi către exterior, duce la răzbunare. Pentru un astfel de copil carentat afectiv, toţi ceilalţi sunt vinovaţi de disperarea sa astfel că el va trăi distructiv prin intermediul altora iar răzbunarea va ucide în el orice sentiment de milă şi empatie. Puterea prin violenţa asupra altora va fi un substitutiv al eşecurilor sale, va genera un fel de sadism de situare la periferia societăţii şi de unde nevoia de a smulge satisfacţii prin ură şi violenţă decât prin aspiraţii socio-utile. Aspiraţia către putere va domina reacţiile sale ca un fel de sublimare a acestor tendinţe sadice. Un astfel de copil ajunge la o ostilitate constituţională, permanentă şi mai rar reactivă, voinţa sa de putere devenind cruzime ce se alimentează din umilirea celorlalţi, de aceea nu iartă fericirea altora şi doreşte a împărţi suferinţa sa şi celorlalţi.

Un astfel de copil va deveni singuratec pentru că nu a fost înţeles, va denigra tot ceea ce nu vine de la el, va supraestima şi apoi îşi va travesti defectele, va crea incidente pentru a discredita şi deprecia pe altul care nu e decât duşmanul său şi va jubila la nenorocirea altuia, deoarece orice legătură individuală îl ameninţă. El va avea o poftă distructivă şi de răzbunare pentru umilinţele din copilăria sa, astfel că în credinţele sale nu va avea nici o credinţa şi nici o lege. Va avea în schimb plăcerea perversităţii relaţiei interumane pe care totdeauna o va răsturna spre sine, în folosul său.

Multiple fapte şi experimente confirmă o astfel de psihogeneză dacă nu ar fi decât experimentele nebuneşti ale faraonului Psamtick şi a regelui Frederic al II-lea (1220), evoluţia copiilor abandonaţi, crescuţi între animale şi apoi găsiţi, constatările lui Spitz şi Boulby din al doilea război mondial privind hospitalismul şi ataşamentul, şi multe alte cercetări de follow-up (de urmărire) realizate şi la noi (a se vedea Gh. Scripcaru şi col., Ataşamentul în proiecţia sa comportamentală, Ed. Psihomnia, 1998).

Lipsa diadei şi comunicării senzoriale şi apoi afective mamă-copil va duce la autism infatil (aşa cum evoluează el în Casele de copii) când copilul ajunge să trăiască fără dorinţe, inafectiv şi indiferent şi apoi să rejete adulţii

Scanned with OKEN Scanner

(dezaferentație afectivă). Ataşamentul mamă copil este un fenomen etologic favorizat la început de contactul sensorial şi apoi de privirea ochi în ochi. În lipsa sa (sindromul carenței afective, a copilului nedorit) apare o deprivare emoțional afectivă ce privează copilul de structurarea sensibilității sale morale, afective şi intelective ce va constitui baza experienței sale subiective, a reprezentării sale afective despre lume. Această reprezentare va fi plăcută sau neplăcută, după experiența trăită şi va fi prima discriminare despre lume ca fiind bună sau rea. Imaginea părinților devine modelul construirii propriului self încât copilul va oferi dragostea ce a primit-o şi ori de câte ori părinții au abdicat de la aceste obligații ancestrale, vor deveni nişte părinți patogeni iar inadaptarea copiilor, responsabilitatea lor directă (comportamentul copilului devine simptomul atitudinii părinților săi), astfel că, dacă un copil a fost maltratat, la rândul lui va deveni violent, deoarece aşa i s-a imprimat ca modalitate rezolvarea problemelor vieții.

La polul opus al devianței infantile se află devianța oamenilor în vârstă care cuprinşi de solitudine, conservatorism şi eliberare de pulsiuni patologice, duc la concluzia că un prim delict săvârşit la bătrânețe, trebuie suspectat de a fi patologic.

În sfârşit, sub numele de reacții medico-legale, psihiatria legală grupează criteriile patologice ale omorului, furtului, fugii, piromaniei, mărturiei sau recunoaşterii patologice care orientează pe jurist în suspectarea unui atare act ca fiind comis de un bolnav mintal şi a se solicita expertiza psihiatrico-legală (a se vedea pentru detalii lucrarea Comportamentul aberant în relațiile cu mediul de P. Brânzei, Gh. Scripcaru şi T. Pirozynski, Ed. Junimea, 1970).

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1. Antoniu G., *Vinovăția penală*, Ed. Academiei, 1995
2. Antoniu G., *Tentativa*, Ed. Tempus, 1996
3. Banciu Maria, *Doctorul familiei*, Ed. Argonaut, 1998
4. Basarab M., *Drept penal, partea generală*, Ed. Lumina Lex, 1997
5. Bohotici I., *Stabilirea, tăgada, contestarea paternității*, Ed. Cordial lex, 1994
6. Boroi Al., *Infracțiuni contra vieții*, Ed. Național, 1996
7. Bulai C., *Manual de drept penal, pr. generale*, Ed. All, 1997
8. Bulai C., Mitrache C., *Drept penal român*, Ed. Şansa, 1994
9. Cameron R.J., *Forensic Dentistry*, Living Stone, 1974
10. Camps F., *Legal Medicine*, London, 1970
11. Ceccaldi P., Durigon M., *Medecine legale*, Cujas, 1979
12. Derobert L., *Medecine Legale*, Flammarion, 1974
13. Desmarez J., *Manuel de medecine legale et toxicologie clinique*, Maloine, 1970
14. Dobrinoiu C. şi col., *Drept penal, partea generală*, Ed. Atlas, 1996
15. Durigon M., *Pathologie medico-legale*, Masson, 1988
16. Eysenck H., Eysenk M., *Descifrarea comportamentului uman*, Ed. Teora, 1998
17. Englander K. E., *Understanding Violence*, Lawrence Publisher, 1997
18. Evans T.K., Knight B., *Forensic Radiology*, Black Sci. Public., 1981
19. Evra V.J., *Television and Child Development*, Lawrence Publisher, 1998
20. Fateh Adulah, *Forensic Patology*, Lippincot, 1980
21. Fisher F., *Rights and responsabilities of Doctors*, B.M.J. Publisher, 1992

Scanned with OKEN Scanner

1991
74. Volonciu J., *Tratat de drept procesual penal*, Ed. Pro, 1997
75. Walls J., *Forensic Science. An Introduction to Scientific Crime Detection*, Sweet and Maxwell, 1974
76. Wecht C., *Cause of death as determined from autopsy*, Bancroft, California, 1984
77. Zwang S., *Sexologie*, Masson, 1975

Scanned with OKEN Scanner